

134
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1907, à 1 heure

Par **Pierre CLÉMENT**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris et de la Maternité de Lariboisière
Membre adjoint de la Société anatomique
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

ESSAI

SUR LE

TRAITEMENT INTRA-UTÉRIN DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. ALBARRAN, professeur.
AUVRAY et MORESTIN, agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

—
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SENGOD
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale.	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

1. La surélévation congénitale de l'omoplate (avec le Dr MOUCHET). *Revue générale in Gazette des Hôpitaux*, 29 août 1903.
2. Luxation de la 6^e vertèbre cervicale sur la 7^e avec fractures des 2 apophyses articulaires supérieures et des 2 apophyses transverses de la 7^e (avec le Dr MOUCHET). *Soc. anatom.*, 2 octobre 1903.
3. Fibromes calcifiés de l'utérus (avec le Dr MOUCHET). *Soc. anatom.*, 2 octobre 1903.
4. Opération de Talma (omentopexie) pour ascite d'origine hépatique, survie de 3 mois; constatations nécropsiques (avec le Dr MOUCHET). *Soc. anat.*, 29 janvier 1904.
5. Myxome du sein (*Soc. anat.*, 29 janvier 1904).
6. Les adénites cervicales chroniques (avec M. LÉVY). *Gazette des hôpitaux*, 11 et 18 février 1905.
7. Placenta praevia par diffusion (*Société d'obstétrique de Paris*, 6 juillet 1905).
8. Hydronéphrose bilatérale chez un fœtus à terme (*Soc. anat.*, 11 juillet 1905).
9. Volvulus de l'intestin grêle avec sténose secondaire du gros intestin chez un nouveau-né (*Soc. anat.*, 20 octobre 1905).
10. Grossesse extra-membraneuse (*Société d'obstétrique de Paris*, 19 avril 1906).
11. De l'aspiration en thérapeutique chirurgicale (*Archives générales de médecine*, 4 septembre 1906).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Internat 1903-1904)

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ
ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Internat 1905-1906)

*Il m'a toujours témoigné beaucoup
d'intérêt et de bienveillance ; je suis
heureux de l'en remercier ici.*

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR REYNIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOSIÈRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
(*Internat 1904-1905*)

MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

MÉDECIN DE L'HOPITAL HÉROLD
(*Externat 1901-1902*)
(*Internat 1906-1907*)

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGUEU

PROFESSEUR AGRÉGÉ
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON
(*Internat 1906-1907*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

(*Externat* 1900-1901)

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

MÉDECIN DES HOPITAUX

(*Externat*, 1901-1902)

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

MONSIEUR LE DOCTEUR LION

(*Externat* 1902-1903)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

MESSIEURS LES DOCTEURS MARION, DELBET, SAVAR-
IAUD CHIRURGIENS DES HOPITAUX ; AUCLAIR MÉDE-
CIN DES HOPITAUX, TISSIER ACCOUCHEUR DES HOPITAUX.

MESSIEURS LES DOCTEURS MOUCHET, JEANNIN,
GUISEZ, RAYMOND PETIT, AUGUSTE PETTIT,
PICHEVIN, MILLÉE.

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

L'infection puerpérale se développe grâce aux portes d'entrée offertes aux agents infectieux par les plaies, par les traumatismes produits par le mécanisme normal de l'accouchement ou par des manœuvres opératoires.

Ces solutions de continuité siègent aux différents étages de la filière utéro-vaginale.

Nous étudierons.

A). — Les plaies cervico vagino-vulvaires.

B). — La plaie de l'endomètre utérin.

A). — PLAIES CERVICO-VAGINO-VULVAIRES

Elles dépendent de la *qualité* des tissus ; elles sont plus fréquentes chez les primipares aux tissus moins souples, chez les albuminuriques dont les éléments anatomiques sont moins résistants par la dyscrasie ; enfin elles sont le triste apanage des femmes à bassin rachi-

tique *justo minor* ; chez elles l'aplasie porte non seulement sur le système osseux mais encore et surtout sur les parties molles réduites dans leurs dimensions, atrophiées dans leur structure, peu résistantes, incapables de supporter un effort brusque parce qu'elles sont « coriaces » non élastiques.

La nature et la répétition du traumatisme constituent le deuxième facteur étiologique.

Il faut incriminer le gros volume de l'enfant, les anomalies portant sur son poids, sa position, les interventions soit manuelles (dilatation, version) ; soit instrumentales : forceps, embryotomie, basiotripsie ; d'autant plus que souvent, c'est l'angustie des voies génitales et la mauvaise qualité des tissus qui sont la cause de l'intervention.

C'est donc aux endroits où la pression sera la plus forte qu'elles siégeront de préférence.

Le *col*, très, exposé aux déchirures dans les dilatations laborieuses, cède surtout au niveau des commissures.

L'*orifice vulvaire* et le *vagin* sont atteints à leur partie postérieure et latérale ; non seulement cette région est soumise à un effort considérable mais encore elle sert de rigole aux liquides plus ou moins septiques sécrétés dans le col, ou simplement irritants des injections.

Ces plaies rarement à bords nets et tranchants, mais contuses et mâchonnées offrent aux éléments microbiens des milieux de culture excellents et alors leur aspect se modifie :

Elles deviennent rougeâtres, s'entourent d'une zone

œdémateuse parfois considérable ; leur surface présente des points de sphacèle plus ou moins étendus, il y a nécrose des parties frappées de mort par des affections destructives, toxiques et microbiennes ; d'autres fois au contraire, la surface se recouvre de fausses membranes d'abord jaunâtres, friables, puis grisâtres, putrilagineuses, d'odeur horriblement fétide. Si on les soulève, on ramène avec elles du tissu cellulaire sphacélé provenant des couches superficielles de la plaie. C'est la diphtérie puerpérale des anciens, et la fausse membrane qui est une réaction banale de la muqueuse aux produits irritants et aux toxines microbiennes traduit la défense des plaies génitales contre les streptocoques rarement purs, souvent associés au colibacille, au staphylocoque aux anaérobies, très exceptionnellement au Loëffer, (Bûmm).

Une plaie vulvo-vaginale est en voie de guérison quand ses bords se détergent des fausses membranes et quand sa surface rougeâtre se recouvre de petits bourgeons charnus saignant avec la plus grande facilité et s'organisant en tissu cicatriciel.

B).— CORPS DE L'UTÉRUS

Si les plaies de la zone inférieure du canal génital étaient des solutions de continuité pathologiques pour ainsi dire, ici les modifications anatomiques sont les mêmes, quel que soit l'organisme de la parturiente, ce sont des modifications physiologiques.

En effet, sur une femme accouchée récemment, la cavité utérine offre l'aspect suivant :

Au niveau de la surface d'insertion placentaire il existe la *plaie placentaire* saillante, mamelonnée, anfractueuse, puisque formée par le plissement de la caduque utéro-placentaire.

Elle est le siège de phénomènes de régression (dégénérescence fibrineuse des éléments superficiels) et de régénération (renouvellement de la caduque par les bourgeons profonds) en outre, phénomène des plus importants, les orifices des sinus utéro-placentaires s'oblitérent par des caillots sanguins, véritables stalactites suspendus au faite de la cavité utérine, qui, plus tard s'organiseront et ce processus de thrombose est presque à peu près achevé sept à huit jours après l'accouchement.

En dehors de l'insertion placentaire s'étend la couche de la caduque pariétale épaisse d'environ 2 millimètres, très friable, composée de glandes, d'éléments anatomiques du tissu conjonctif jeune, connus sous le nom de cellules rondes et de cellules fusiformes.

La surface placentaire est donc une région prédisposée à l'infection par la disposition de la caduque riche en vallonnements, véritables repaires microbiens, par la présence de nombreux caillots ; mais d'autre part, une exérèse trop hâtive de ces derniers peut désobstruer les sinus utérins et ouvrir la voie de la circulation veineuse.

Tel est l'aspect macroscopique de l'endomètre utérin post-partum. Celui-ci peut avoir son épaisseur

augmentée par prolifération de la couche de caduque pariétale devenue mollassse, succulente, tomenteuse, modifications se traduisant histologiquement par une augmentation : *a)* des éléments cellulaires, séparés par des interstices fibrineux plus abondants, ; *b)* des vaisseaux néoformés saignant facilement et produisant des hémorragies interstitielles. Ces cas dus à un léger degré d'endométrite déciduale sont déjà plus propices à l'infection ; plus la muqueuse est lisse et unie, plus difficile est son inoculation ; aussi cette dernière est elle considérablement favorisée lorsque la cavité utérine renferme des *débris*.

Ces débris sont des caillots, des débris de membranes, des fragments plus ou moins gros de placenta.

Les *caillots* existent toujours dans la cavité utérine (caillots obturateurs des sinus de l'area placentaire) ; leur nombre augmente quand il y a hémorragie pendant le travail ou la délivrance (insertion vicieuse du placenta, hémorragie rétro-placentaire).

La *rétenion partielle ou totale des membranes* est due soit à une délivrance intempestive, soit à une endométrite déciduale chronique, cette dernière découlant d'une inflammation utérine antérieure ou d'une maladie générale.

Dans la *rétenion du placenta partielle ou totale*, l'on peut invoquer des causes anatomiques (placenta succenturié) ; des causes physiologiques (excès de contraction de l'utérus, enchatonnement) ; des causes pathologiques ; c'est dans l'immense majorité des cas une endométrite déciduale.

Enfin, et c'est une banalité, la grosse complication de l'avortement est la rétention de l'arrière faix.

Les caillots, les membranes ou les cotylédons retenus favorisent les hémorragies d'où affaiblissement, et fournissent un terrain éminemment nutritif aux germes infectieux (exaltation de la virulence).

Ces corps étrangers agissent non seulement par leur nature : ce sont des substances albuminoïdes en voie de nécrose aseptique dans un milieu humide à température optima constante et ne demandant qu'à s'ensemencer mais de plus leur présence fait que l'utérus contracte moins bien ses fibres musculaires ; par suite les fentes lymphatiques, origine des vaisseaux, les conduits lymphatiques, les sinus veineux enfin, ont leur lumière relâchée et offrent ainsi aux microbes une voie de propagation facile.

Au point de vue histologique, si nous faisons une coupe d'un utérus infecté puerpéral nous trouverons deux aspects différents (Widal-Bümm) correspondant à deux stades bien distincts.

a). — Endométrite localisée.

b). — Endométrite généralisée,

A). — Endométrite localisée.

La couche la plus superficielle de la muqueuse est semée de microbes divers : chaînettes de streptocoques (endométrite septique), bactéries saprophytes (endométrite putride).

Au-dessous de cette zone se trouve la muqueuse nécrosée en voie de dégénérescence vitreuse trouble.

Plus profondément la zone granuleuse, haute parfois de 6 millimètres formée de cellules embryonnaires et de nombreux leucocytes sortis des vaisseaux par diapédèse.

Elle ne renferme pas de microbes ; c'est le terrain de défense, la barrière de protection contre les agents séptiques.

B). — Endométrite généralisée, ou métrite parenchymateuse ou lympho-phlébite pariétale.

L'endomètre est « farci » de micro-organismes, et, phénomène capital, on observe en de nombreux points l'absence de la zone granuleuse, parfois elle manque complètement. Alors les microbes envahissent toute l'épaisseur du muscle utérin et pénètrent dans les espaces lymphatiques, dans le thrombus des veines de l'area placentaire, dans la lumière des sinus utérins.

La zone de réaction semble donc être une zone d'arrêt, de défense, produite par l'organisme pour s'opposer à la marche en avant des microbes. Cette zone, continue si l'organisme a pu réagir avec une énergie suffisante, manque quand la réaction est trop faible.

Cette distinction est de la plus haute importance au point de vue de la physiologie pathologique et de la thérapeutique à suivre.

Si elle est nette sur des coupes anatomiques la clinique est impuissante à l'établir.

CHAPITRE II

NOTES CLINIQUES

L'infection puerpérale se reconnaît à des signes locaux et généraux.

SIGNES LOCAUX

Variables suivant que l'utérus est sain ou infecté.

Dans un utérus *sain* ils se bornent à l'apparition des eschares vulvo-vaginales et ne s'accompagnent ni d'altération des lochies ; ni de sensibilité utérine ni de fièvre car la température ne dépasse pas 37°5.

C'est une forme très localisée et il importe de ne pas la disséminer par une thérapeutique intempestive intra-utérine.

Dans un utérus *infecté* apparaissent des modifications dans le volume de l'organe qui devient douloureux.

En règle générale toutes les fois que l'on trouve le corps utérin plus gros qu'il ne devrait l'être pour une date donnée, en un mot que la régression ne se fait pas,

il faut soupçonner l'infection, abstraction faite des cas où existe une tumeur surajoutée et où la réplétion de la vessie expose à l'erreur.

L'utérus est *dur* ou beaucoup plus souvent *mou*.

L'utérus *dur* se limite très bien au palper, il donne aux doigts une sensation globuleuse de muscle rétracté, il est douloureux, la sensibilité maxima siégeant au niveau des cornes.

L'utérus *mou*, douloureux aussi, est étalé, flasque, mal limité, fuyant sous la main exploratrice, aussi paraît-il énorme, géant.

Il correspond en général à des formes cliniques plus sévères que l'utérus dur, ce dernier étant la signature anatomique d'une infection moins virulente.

On peut admettre que l'utérus mou est « sidéré » par les toxines microbiennes paralysant les fibres musculaires d'où béance des voies lymphatiques et veineuses, l'excitation des fibres lisses prouve la défense du muscle utérin, contractant ses éléments sous l'influence de poisons moins virulents ou produits en moindre quantité.

En outre, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, l'utérus qui renferme des débris de membrane ou de placenta se contracte mal, reste longtemps perméable, rentre par suite dans la classe des utérus mous. C'est l'inverse quand l'utérus est vide.

Il en découle cette notion pratique : *L'état du corps utérin est un élément de pronostic, et partant une indication en faveur de l'énergie plus ou moins grande du traitement.*

ÉTAT DE LA SÉCRÉTION LOCHIALE

Les lochies peuvent être supprimées ou très diminuées.

Il faut alors soupçonner une coudure de l'utérus soit en avant, soit plus rarement en arrière, coudure siégeant au niveau de l'isthme et transformant le contenu du corps en vase clos, d'où indication thérapeutique surajoutée par suite de cette attitude vicieuse (lochio-métrie). Pour s'en assurer on réduira la déviation utérine au besoin en abaissant le col avec une pince et on fera de l'expression sur le fond de l'organe ; un flot de lochies apparaîtra.

Elles sont *parfois plus abondantes et présentent des altérations de qualité* : elles charrient des débris de toutes sortes, caillots, fragments de membranes, de cotylédons placentaires ; même leur couleur varie, tantôt grisâtre puriforme, tantôt brunâtre marc de café, mélangée de sang.

Dans les cas d'infection utérine leur odeur est altérée, parfois épouvantable, mais il n'existe aucun rapport entre elle et l'intensité de l'infection ; bien plus avec des lochies normales éclate souvent une infection extrêmement grave, dans ce cas en effet il n'y a pas de réaction locale, réaction dont les modifications lochiales sont le reflet, mais septicémie généralisée.

EXAMEN DES ORGANES GÉNITAUX

L'état des plaies génitales, leur aspect, l'apparition de fausses membranes, leur pullulation, leur virulence,

l'œdème et les phénomènes inflammatoires qui les accompagnent peuvent renseigner sur le degré probable de l'infection.

Le toucher vaginal fait apprécier l'état du col. A l'état normal le col se referme très vite et dès le troisième jour après l'accouchement on éprouve de la difficulté à franchir l'orifice interne. Quand au contraire l'utérus est infecté et surtout s'il reste des débris dans sa cavité on pénètre facilement même lorsqu'il s'est écoulé huit ou dix jours.

Toutes les fois que l'accoucheur pourra introduire avec facilité un ou deux doigts dans l'orifice interne après le troisième jour des suites de couches il devra penser soit à une rétention ovulaire soit à une infection intra-utérine.

Cette béance du col permet de pratiquer le toucher intra-utérin.

Toucher intra-utérin. — Parfois douloureux il peut être rendu très difficile par l'indocilité de la malade, il ne faut pas hésiter alors à employer l'anesthésie (chlorure d'éthyle; kélène avec le masque de Siffre), car cette exploration doit être très consciencieuse.

La main gauche reconnaît par le palper hypogastrique le fond de l'utérus, l'abaisse et le maintient; l'index ou mienx l'index et le médus de la main droite explorent méthodiquement tout l'endomètre, apprécient avec leur pulpe l'état des faces, des bords, du fond, des cornes, notent la consistance des parois utérines, le degré d'épaisseur de la caduque, mince ou au contraire tomenteuse, le nombre et la grosseur des caillots de la zone

placentaire, l'existence de débris (membranes ou cotylédons), leur adhérence ; aussi il est difficile d'utiliser dans ce cas le gant de caoutchouc ; si l'asepsie nous y engage, le peu de netteté des sensations perçues autorise le praticien peu familiarisé avec cette technique à se servir de la main nue, elle n'aura pas trop de tout son sens tactile pour mener à bien une exploration aussi délicate.

EN RÉSUMÉ : *Non seulement toute intervention intra-utérine instrumentale doit être précédée du toucher intra-utérin mais encore il faut pratiquer ce dernier dès qu'une femme a de la température pour confirmer le diagnostic d'infection puerpérale et adopter un procédé thérapeutique.*

C'est une notion trop négligée jadis où le toucher était insuffisant et non systématique mais qui aujourd'hui est adopté comme règle de conduite par tous les accoucheurs.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX

Modifications du pouls et de la température.

Dès le troisième ou quatrième jour se manifeste l'endométrite par hétéro-infection banale. Celle qui résulte des modifications septiques subies dans l'utérus par les lochies (lochiométrie) ou par des caillots ou des débris, débute vers le cinquième ou sixième jour et même, mais plus rarement, dans la deuxième semaine.

D'après Budin et Demelin, dans l'endométrite sim-

ple, localisée, constituée, la température en moyenne oscille entre 38° et $39^{\circ} 5$, reste toujours le matin au-dessus de 37° et le pouls ne dépasse guère 130 par minute.

En réalité la courbe thermique est excessivement variable d'un cas à l'autre ; on peut cependant distinguer trois types.

A). — **Ascension brusque « en feu de paille »** : Le thermomètre depuis plusieurs jours accusant 37° à $37^{\circ} 5$, un soir il monte brusquement à $38^{\circ} 5$, 39° . Le lendemain matin il est à $37^{\circ} 8$; le soir ascension à 38° . Les jours suivants il ne dépasse pas la normale.

B). — **Lysis** : Lysis ascendant amenant le thermomètre en quelques jours aux environs de 38° , $38^{\circ} 5$, 39° puis la défervescence se produit trois ou quatre jours après et par un lysis descendant la courbe revient à 37° .

C'est une bonne forme car elle prouve une réaction régulièrement soutenue de l'organisme.

C). — **Type irrégulier** : Le tracé thermométrique est « déconcertant » le pronostic est indécis et devra se baser surtout sur l'analyse minutieuse des autres symptômes.

Traduction objective des décharges des toximicrobiennes dans la circulation générale, les frissons ouvrent souvent la scène dans l'infection puerpérale.

Peu fréquents dans l'infection localisée quand l'endomètre se défend ils assombrissent le pronostic s'ils se répètent : la résistance faiblit ; l'infection se généralise.

Le *pouls* très irrégulier peut marcher de pair avec la température ; atteindre un nombre de pulsations de

beaucoup supérieur au chiffre correspondant au degré thermométrique ou au contraire notablement inférieur. L'essentiel, c'est le mode d'association des deux phénomènes.

Toutes les fois que le pouls et le thermomètre sont parallèles, le pronostic est bon.

Si la température s'élève et si, parallèlement le nombre des pulsations diminue, le pronostic est encore favorable.

Par contre, si la température s'abaisse pendant que le pouls s'accélère, la situation devient extrêmement grave.

Évolution : Cette endométrite, si elle doit rester simple, localisée aux couches superficielles, évolue sans thérapeutique de la façon suivante :

Elle tombe en quatre à six jours ; la fièvre diminue, tous les symptômes s'amendent.

Sous l'influence du traitement la température tombe souvent dès le lendemain ou le surlendemain après le début.

Mais ce premier combat livré dans l'endomètre peut se terminer par la déroute des leucocytes et l'effraction de la zone de réaction ; l'infection gagne tout le parenchyme utérin par voie lymphatique et veineuse, les phénomènes cliniques restent menaçants.

Cette forme dont l'aspect anatomo-histologique correspond au deuxième schéma de Bümm est une *Lympho-phlébite pariétale* (Budin, Demelin) ou *métrite parenchymateuse*.

La situation est fort grave, beaucoup plus que précé-

demment car l'invasion soit du péritoine, soit de l'organisme en entier est imminente ; c'est une sorte d'équilibre instable ; si l'organisme faiblit, si les résistances locales et l'état général s'amoiindrissent les pires accidents sont à redouter.

Il n'y a malheureusement aucun ensemble symptomatique permettant d'affirmer la métrite parenchymateuse et la séparant de l'endométrite.

Les auteurs concluent que : après sept jours en général et malgré l'institution d'un traitement local, si les accidents continuent en s'aggravant il faut admettre que l'inflammation est propagée à tout l'utérus.

La métrite parenchymateuse a quatre modes de terminaison bien distincts :

1° L'infection reste localisée par virulence atténuée des germes ou par résistance du sujet, elle s'éteint sur place en deux ou trois semaines et disparaît sans laisser de traces immédiates mais une sclérose tardive (superinvolution).

2° Elle détermine par troubles vasculaires des désordres graves, souvent mortels dans les tuniques de l'utérin (abcès et sphacèle).

3° Par voie lymphatique elle aboutit à des processus péri-utérins localisés, soit précoces (phlegmons du ligament large), soit tardifs (salpingite).

4° L'infection se généralise par la circulation veineuse (septicémie) ou par la voie lymphatique (péritonite).

Dans la *septicémie* les frissons se répètent, la courbe thermique dessine de grandes oscillations irrégulières

de 37 à 40° et au-delà, soit quotidiennement, soit tous les deux jours.

L'état général devient mauvais, le facies pâlit, s'émacie, se creuse, des phénomènes bulbaires (agitation, convulsions, diarrhée) apparaissent tandis que l'état local reste le même, l'utérus est gros, très mou, perméable. Au contraire dans les septicémies primitives les phénomènes généraux sont aussi sérieux et l'utérus est normal, refermé avec des lochies normales.

La *péritonite puerpérale* est d'un diagnostic très difficile, si parfois il existe du tympanisme, de la douleur à la pression, souvent aussi les symptômes abdominaux sont nuls, ou très peu marqués : pas de douleur vive en coup de pistolet ; le ventre est très souple sans ballonnement ni défense musculaire, l'exploration des culs-de-sacs est négative :

Trois symptômes de grande valeur permettent de la soupçonner :

1° La température est rarement élevée, 38°, 39° ; le pouls est rapide, mou, abdominal, filant, régulier, il s'accélère, monte à 140, 160, la respiration devient superficielle et augmente de fréquence ; les mouvements respiratoires atteignent 50, 60 à la minute.

2° Les vomissements porracés, vert-épinard, se rencontrent plus rarement que ne le disent les auteurs mais la constatation d'un seul a une valeur énorme.

3° Enfin le facies se grippe, les yeux s'excavent, le nez se pince, la langue est sèche et rôtie, la voix cassée, tous phénomènes indiquant la réaction de la séreuse.

En résumé, s'il est difficile de dire quand une endo-

métrite se transforme en métrite parenchymateuse, saisir le moment où une métrite parenchymateuse se complique de septicémie ou de péritonite, est une tâche malaisée et un problème clinique délicat.

Les symptômes cliniques, les moyens de laboratoire (examen du sang) sont incapables de nous renseigner sur les divers stades de la lutte qui se passe dans l'organisme d'une puerpérale infectée puisqu'on ne peut les rapporter à une forme anatomique bien définie. L'évolution de la maladie et surtout les modifications que lui imprime tel ou tel procédé thérapeutique, voilà quels seront nos repères.

CHAPITRE III

L'INFECTION ET LA DÉFENSE. LE CHOIX D'UN ANTISEPTIQUE

L'anatomie pathologique nous dévoile et la clinique nous traduit très infidèlement les phénomènes qui se passent *in utéro* chez une infectée.

Deux forces se trouvent en présence : les agents infectieux, les résistances organiques.

Les agents infectieux ce sont les microbes de nombre et d'espèce variables dont la virulence dépend jusqu'à un certain point de la nature et des associations diverses qu'ils forment.

Les résistances organiques sont représentées surtout par les leucocytes.

Ceux-ci, grâce à leurs propriétés biologiques, pouvoir chimiotactique et diapédèse, forment en s'agglomérant la zone granuleuse de Bümm et des amas remarquables surtout autour des vaisseaux lymphatiques et veineux.

Ces leucocytes sécrètent des antitoxines luttant contre les sécrétions bactériennes, ils digèrent les germes septiques, ils détachent les parcelles modifiées de l'endomètre, les petites eschares riches en ptomaïnes et véritables foyers microbiens.

Certaines conditions favorisent la puissance des agents infectieux.

Tout d'abord des conditions hygiéniques et en première ligne le défaut de soins ou des fautes très graves contre l'asepsie ; aussi devons-nous tenir comme très infectées les femmes qui arrivent dans les maternités, accouchées en ville soit par des matrones, soit par des personnes compétentes, mais obligées dans des milieux très pauvres de se contenter d'une propreté relative.

Au contraire à l'hôpital, les femmes qui malgré une antisepsie scrupuleuse ont pris l'infection, ont en général une forme atténuée.

Grâce à l'examen méthodiquement pratiqué de l'arrière-faix nous pouvons avant le contrôle du doigt présumer qu'il n'existe dans l'utérus que des débris insignifiants alors qu'en présence d'une femme venant de ville, la première hypothèse que nous envisageons est celle d'une délivrance incomplète.

En outre, et c'est le corollaire de ce qui précède, une femme « du dehors » sévèrement infectée est isolée dès son entrée dans les maternités, soumise à un traitement plus rigoureux, non seulement dans son propre intérêt mais encore dans celui de la collectivité, car nous devons épargner aux femmes peu touchées de l'isolement et

surtout aux puerpérales saines des salles aseptiques le danger d'une contamination toujours possible.

De même nous serons plus sévères à l'hôpital qu'en ville, car l'agglomération de femmes en état de réceptivité dans un milieu exposé aux contagions impose une ligne de conduite beaucoup plus sévère qu'en clientèle de ville où la malade est isolée et où les conditions de bien-être matériel mieux assurées ne sont pas des adjuvants méprisables dans la lutte contre l'infection.

Les particularités anatomiques sont des facteurs de gravité d'une importance énorme, des plaies contuses vaginales et vulvaires deviennent autant de foyers infectieux ; la présence d'un endomètre exubérant et surtout de débris intra-utérins joue un rôle néfaste.

Les anomalies de position de l'utérus (antéversion, rétroflexion), aggravent le plus souvent l'infection, la cavité utérine se draine mal, se comporte en cavité close, d'où augmentation de virulence des germes inclus.

Dans l'exaltation des résistances locales le plus grand rôle revient aux leucocytes ; aussi toutes les causes d'ordre physique chimique ou biologique qui augmenteront la leucocytose et par suite la phagocytose diminueront la réceptivité du sujet.

Par contre les traumatismes locaux ont une influence désastreuse ; ils détruisent l'afflux des globules blancs et l'édification de la zone granuleuse, traumatisent les cellules fixes du tissu conjonctif jeune ; cellules déjà altérées dans leur nutrition par les toxines microbiennes et frappées à mort par ce choc mécanique ; ils ouvrent enfin les stomates lymphatiques,

désagrègent les caillots obturateurs des sinus veineux.

Ainsi mobilisés ces thrombus s'ils sont envahis par les agents infectieux peuvent devenir le point de départ d'embolies septiques allant disséminer la pyohémie.

L'invasion des vaisseaux lymphatiques sera l'origine de suppurations péri-utérines. Cette dissémination est souvent moins accentuée il est vrai, mais l'endométrite qui pouvait exister seule à ce moment est presque fatalement transformée en métrite parenchymateuse.

L'influence du terrain, de l'état général, sur la réceptivité du sujet est bien connue : une femme affaiblie, anémiée par des hémorragies, par une intoxication endogène ou exogène réagira localement avec beaucoup moins de vigueur qu'une femme jusque-là saine,

Ces notions incontestables et communes de pathologie générale, rapidement rappelées, il nous faut maintenant passer en revue les différentes substances utilisées localement dans l'infection puerpérale et choisir celle qui se rapprochera le plus du topique idéal.

Le topique utérin le meilleur possédera au plus haut point les qualités suivantes :

Il doit être antiseptique c'est-à-dire capable de diminuer le nombre et la virulence des microbes et de leurs toxines mais il ne devra pas entraver les défenses locales ; or les meilleurs bactéricides *in vitro* mettent à mal non seulement les germes mais encore les cellules vivantes de l'organisme, leucocytes, cellules embryonnaires et fusiformes de la caduque amoindries dans leur vitalité et dont le cytoplasme ne résistera pas à un poison violent, et ces « cadavres cellulaires »

apporteront un nouveau matériel à la culture microbienne.

Toute substance agissant sur les globules blancs en favorisant leur afflux (chimiotaxie positive), leur vitalité, leur multiplication sera un excellent topique utérin car, «souvent un antiseptique agit autant en stimulant les tissus qu'en détruisant les microbes. Ceux-ci bien protégés dans l'organisme pullulent derrière des amas de cellules et se trouvent à l'abri des antiseptiques. Il ne faut pas oublier que les meilleurs antiseptiques sont ceux que secrètent l'organisme lui-même ; c'est donc à stimuler ses réactions que doit toujours tendre l'effort du médecin » (Roger).

Le corps que nous choisirons doit posséder à un haut degré la diffusibilité pour permettre à son action de s'étendre au loin ; toute combinaison avec les substances albuminoïdes aboutissant à un composé insoluble n'exerce ses propriétés que sur les couches toutes superficielles de l'endomètre, il se produit une carapace sous laquelle les germes pullulent à l'abri d'un nouveau pansement.

Ce dernier bien choisi sera donc extrêmement diffusible. Il se répandra alors dans la circulation générale, car l'utérus infecté, et de ce fait très vascularisé, absorbe plus que normalement.

Les combinaisons chimiques ainsi nées au contact du sang ne devront pas être toxiques pour les cellules et surtout pour les cellules des organes éliminateurs (foie, rein). Elles ne formeront pas d'obstacles mécaniques(embolies métalliques,gazeuses)susceptibles

d'entraver les fonctions organiques et l'on préférera celles qui au contraire assureront par leurs qualités nouvelles une stimulation générale de l'économie.

Enfin le topique le meilleur devra agir sous un petit volume, être d'une conservation et d'un maniement faciles, d'un prix de revient non exagéré, sinon l'emploi en serait forcément restreint.

Tels sont les principaux desiderata des substances utilisées dans la « thérapie » locale.

Les considérations précédentes s'appliquent surtout aux phénomènes intra-utérins. Dans le traitement des plaies vulvo-vaginales, le choix a moins d'importance, les *voies* d'absorption ouvertes sont négligeables, leur situation permet le renouvellement fréquent du pansement ; mais en outre elles reçoivent tous les produits toxiques qui proviennent de l'utérus et sont exposées à des inoculations incessantes.

Aussi cette notion qui est notre guide « fortifier les résistances locales pour diminuer la virulence des microbes » doit-elle être moins rigoureusement suivie que dans les infections utérines et là nous nous attacherons surtout à diminuer le nombre des germes septiques par l'emploi d'antiseptiques puissants.

TOPIQUES LIQUIDES

Sublimé.

Si pour Tarnier c'est « le meilleur, le plus puissant et le plus sûr des antiseptiques », il ajoutait : « on devra l'employer prudemment car c'est un antiseptique

dangereux » et il le déconseillait absolument pour les injections intra-utérines.

Le sublimé et tous les sels de Hg en général n'agissent guère que sur la couche toute superficielle de l'endomètre ; au contact des substances albuminoïdes (fibrine, caillots) ils forment avec elles des *albuminates insolubles*.

Son emploi doit être surveillé très attentivement et abandonné dès la première apparition d'un symptôme d'intoxication mercurielle ; en outre le sublimé a une action générale dangereuse, sa pénétration dans le courant sanguin peut causer des intoxications lentes mais mortelles.

Cette notion mise en lumière par la clinique a été confirmée expérimentalement par les injections veineuses de sublimé pratiquées sur des lapins par Tarnier et Vignal, et la conséquence c'est qu'il est complètement banni de la thérapeutique intra-utérine et n'est guère utilisé qu'en injections vaginales à 1/4000.

Eau oxygénée.

Excellent bactéricide *in vitro*, surtout contre les anaérobies ; elle détruit aussi les toxines par oxydation. Elle est sans action locale sur les ferments solubles, ; au contact de la fibrine du sang coagulé elle se décompose en eau et oxygène. Elle favorise donc la leucocytose, est très diffusible à cause des gaz qui s'immiscent dans les moindres orifices ; mais cette production peut

amener dans les sinus utérins une embolie gazeuse avec accidents redoutables, syncope, mort.

Excellente en injection intra-ovulaire elle n'est utilisée en solution intra-utérine par M. Bonnaire que le quatrième jour après l'accouchement, les sinus étant suffisamment obstrués à cette époque.

La solution employée est l'eau oxygénée à 12 volumes, ramenée à 6 volumes par l'adjonction d'une quantité égale d'eau de chaux.

Mais, en cas d'infection, le processus d'organisation du thrombus est troublé, retardé, aussi ce dernier peut-il se détacher découvrant la lumière d'un sinus, d'où embolie gazeuse mortelle.

En résumé son emploi n'est pas exempt de tout danger ; de plus sa conservation est difficile : les eaux oxygénées du commerce ne se conservent pas longtemps malgré l'addition d'acides, acides que l'on neutralise au moment de s'en servir.

Perhydrol.

Est une eau oxygénée chimiquement pure à 100 volumes, c'est-à-dire produisant par décomposition 100 fois son volume d'oxygène.

Les eaux oxygénées du commerce, elles, ne peuvent donner que 10,12 fois leur volume d'oxygène.

Sa conservation est difficile et exige des précautions extrêmes (bouteilles paraffinées de Merck). On l'utilise généralement pour préparer *extemporanément* par dilu-

tion dans l'eau distillée des solutions de concentration variée.

Nous l'avons employé :

1° En solution au 1/3 c'est-à-dire à 33 volumes sur les plaies vulvo-vaginales ;

2° En écouvillonnage sur l'endomètre.

C'est alors un caustique énergique, il dégage au contact des tissus une quantité de chaleur considérable avec production d'une mousse abondante et un grésillement strident comparable à celui d'un fer rouge plongé dans l'eau. L'opérateur doit protéger ses mains avec des gants de caoutchouc, le périnée et les régions voisines non infectées.

Les fausses membranes diphtéroïdes, les eschares se dessèchent et se racornissent, leur chute est hâtée ; la plaie est détergée instantanément, c'est un excellent topique mais l'usage ne peut en être qu'intermittent étant donné son extrême énergie.

Lusoforme.

Liquide clair, jaunâtre, il contient 20 0/0 de la solution commerciale de formaldéhyde combiné avec le savon.

C'est un produit stable gardant l'odeur du formol mais très atténuée, jouissant de propriétés bactéricides nullement inférieures aux autres antiseptiques. Sa réaction alcaline facilite l'action bactéricide de la formaldéhyde.

Il ne coagule pas les matières albuminoïdes.

Il a été employé à la Maternité en injections vaginales de la solution à 1 et 2 0 0 dans le traitement des eschares. Il s'est montré inférieur à l'eau oxygénée et à la liqueur de Labarraque.

Liqueur de Labarraque.

C'est un mélange d'hypochlorite de soude et de chlorure de sodium en solution à 40 ou 50/1000.

Elle est comparable à l'eau oxygénée et donne d'excellents résultats dans les infections à anaérobies avec fétidité des lochies.

Ses propriétés sont intéressantes à connaître pour le praticien, il obtiendra une solution douée des mêmes qualités en mélangeant à un litre d'eau bouillie deux cuillerées à soupe d'eau de Javel.

Elle se rencontre partout et permet d'improviser d'urgence une solution intra-utérine d'une antisepsie reconnue.

Nous l'avons employée en injections intra-utérines et dans certains cas en injections vaginales.

Iode.

Son pouvoir antiseptique est considérable, il est en effet bactéricide et antitoxinique.

a). — BACTÉRICIDE. — L'iode métallique maintenu en solution aqueuse par l'addition de deux fois son poids de K I possède un pouvoir antiseptique très énergique.

La proportion de 25 centigrammes d'iode par litre suffit à rendre le bouillon imputrescible. En ce qui concerne particulièrement certaines bactéries déterminées, les recherches de Tarnier et Vignal ont montré qu'avec le streptocoque et le staphylocoque, la proportion de 90 centigrammes d'Iode par litre de bouillon est suffisante pour empêcher la prolifération mais il faut 1 gr. 30 pour tuer le microbe dans un litre de culture de streptocoque âgée de 24 heures.

A la dose de 3 grammes par litre la valeur antiseptique de l'iode est comparable à celle du sublimé et l'on obtient la destruction du streptocoque en 8 minutes dans du bouillon ; du vibrion septique en 20 minutes dans des tissus imprégnés d'une solution albumineuse, puis séchés à basse température sur un exsiccateur.

b). — ACTION ANTITOXINIQUE. — L'iode en se combinant avec elles entrave les propriétés des toxines élaborées par les germes pathogènes à des doses variant de 1/1000 à 1/2400.

Son action et surtout celle du trichlorure d'iode ont été bien mises en évidence par de nombreuses expériences portant surtout sur la toxine tétanique et la toxine diphtérique.

Action locale. — Elle est biologique. L'iode provoque un abondant afflux leucocytaire de poly et de mononucléaires. C'est un chimiotactique positif de premier ordre comme le prouve l'expérience de l'érysipèle iodique.

Lorsqu'on recouvre la patte d'un lapin d'une couche de teinture d'iode, on constate après quelques heures une abondance de leucocytes dans le tissu cellulaire

sous-cutané, le chorion, entre les muscles sous le périoste et même dans la moelle osseuse.

Elle est chimique. — L'iode sur la muqueuse utérine se trouve en présence d'albuminoïdes épuisant plus ou moins rapidement son activité. Son action locale est donc un peu amoindrie ; il se forme des albuminates solubles.

Ainsi employé à la dose de 1/1000 le trichlorure d'iode tue en 2 au 3 minutes dans du bouillon une culture de charbon renfermant des spores, en 10 ou 12 minutes sur des fils ou un tissu, en 30 à 40 minutes dans un liquide albumineux. On voit dans ce dernier cas l'influence remarquable de l'albumine qui immobilise une partie de la substance antiseptique et oblige à compenser cette perte par une durée de contact plus longue.

De plus, l'iode légèrement caustique et irritant agit sur les fibres musculaires de l'utérus, les excite et active l'involution utérine, qui, dans tous les cas d'infection a tendance à se faire lentement et incomplètement.

Diffusibilité. — L'action locale exercée par l'iode se complique toujours d'une action générale parce que l'iode en raison de sa volatilité et de la diffusibilité des combinaisons solubles qu'il forme, pénètre dans l'endomètre, dans la tunique musculaire de l'utérus, puis dans la circulation où il agit ; et ce sont précisément ces albuminates iodés qui, s'ils diminuent le rôle local, assurent par leur diffusibilité le rôle général de l'iode ; ces albuminates grâce à leur affinité élective agissent sur le tissu lymphoïde (ganglions, rate) et en exagè-

rent l'activité ; il en résulte une réaction mononucléaire intense ; ces phénomènes déjà marqués sur l'organisme sain, sont bien plus nets encore sur l'organisme infecté.

Ainsi non seulement la grande diffusibilité de l'iode n'est pas un obstacle à son emploi puisqu'il est inoffensif, mais les expériences de Tarnier et Vignal sur le lapin ont prouvé qu'aux doses habituelles il stimule l'organisme envahi.

Les seules objections à son emploi et elles sont de peu de valeur sont tirées de ce fait qu'il est très irritant : à la longue les femmes accusent de vives douleurs, des brûlures au périnée, et il n'est pas rare de voir des érythèmes souvent étendus et douloureux occuper la commissure vulvaire postérieure et le périnée si l'on ne prend pas de précautions.

Avec un peu d'attention, si l'on a bien soin de protéger la région en l'enduisant au préalable de vaseline ou d'appliquer une valve postérieure, on peut éviter ces incidents plus pénibles que dangereux.

En résumé, chimiotactique intense, bactéricide et antitoxinique, non toxique éminemment diffusible, l'iode justifie bien l'appréciation de Tarnier qui le plaçait au premier rang des antiseptiques obstétricaux.

L'iode a été employé à la Maternité de Lariboisière sous diverses formes :

1° *En injection intra-utérine :*

Solution iodo-iodurée de Tarnier	}	Iode.	3 grammes.
		K I.	6 —
		Eau.	1 litre.

2° *En attouchement iodé :*

a). — Teinture d'iode ordinaire : agissant et par l'iode et par son alcool;

b). — Teinture d'iode renforcée à 12 0/0.

D'après les renseignements dus à l'obligeance de M. Dupuy interne en pharmacie du service, la solution alcoolique d'iode à 12 0/0 se prépare de la façon suivante :

Iode	12 grammes
Iodure de sodium	12 —
Eau distillée	20 —
Alcool à 90°	56 —

Il faut tout d'abord s'assurer de la dissolution complète de l'iodure et du métalloïde dans l'eau avant d'ajouter l'alcool. Il se produit certainement une combinaison avec absorption de chaleur, combinaison qui se dissout très facilement dans l'eau et moins bien dans l'alcool.

Au contraire la teinture d'iode du Codex a pour formule :

Iode	1 gramme
Alcool à 90°	12 —

Ce qui fait exactement 7 gr. 69 pour 100.

La teinture d'iode renferme l'iode à saturation dans l'alcool et l'addition de l'iodure de Na dans la solution préparée a pour but d'augmenter la solubilité de ce métalloïde dans l'alcool qui n'est plus, il est vrai, à 90° mais à peu près à 70°. Cela n'a pas grande impor-

tance puisque l'essentiel est d'avoir un liquide volatil et diffusible comme l'alcool.

Créosote.

Utilisée sous forme de glycérine créosotée au 1/10 et au 1/3 en écouvillonnage.

Très antiseptique elle n'altère pas les tissus tout en les pénétrant et permet la diffusion rapide de l'iode car une application iodée a toujours suivi les écouvillonnages.

Essence de lavande.

Très vieil antiseptique, puisqu'elle était employée par les anciens dans l'embaumement, elle agit surtout par son alcool et est très diffusible comme toutes les essences aromatiques.

TOPIQUES SOLIDES

Si leur constitution physique leur assure une conservation et un maniement faciles ils ne présentent par contre que bien peu des qualités exigibles de l'antiseptique idéal aussi les meilleurs sont-ils ceux qui peuvent être incorporés à une substance fondante ou ceux qui, au contact des tissus, se transforment en substance diffusible.

Les deux plus usités à la Maternité de Lariboisière sont :

L'iodoforme.

Le perborate de soude.

Iodoforme.

On l'emploie : 1° dans le traitement des plaies vaginopérinéales ; 2° dans l'endométrite infectieuse sous forme

de crayons introduits dans l'intervalle des injections intra-utérines.

L'iodoforme n'a qu'un faible pouvoir microbicide ; il se décompose lentement au contact des plaies et met en liberté de l'iode à la production duquel on a même attribué son action antiseptique.

Si cette notion est encore discutée, il n'en est pas de même de la transformation chimique qui fait du perborate de soude le meilleur des antiseptiques solides.

Perborate de soude.

La chimie a montré que si le perborate agit d'une façon supérieure à l'eau oxygénée, c'est parce qu'il donne au contact de l'eau, de l'oxygène à l'état naissant.

Or les expériences de Kischenski de Pétersbourg, du Dr Lion à la Pitié, ont démontré que cette eau oxygénée extemporanée possédait des qualités antiseptiques égales, sinon supérieures à celles de l'eau oxygénée ordinaire.

L'action sera encore beaucoup plus énergique si la réaction chimique produisant l'oxygène se produit non plus *in vitro* mais au sein des tissus à modifier tel est le but atteint en traitant les plaies vulvo-vaginales par la poudre de perborate.

Au contact des sécrétions, celle-ci se décompose en eau oxygénée naissante avec réaction exothermique légère.

Le perborate de Na produit, et très rapidement, les mêmes bons effets que l'eau oxygénée, les eschares,

les couennes se détachent. Le pus et l'odeur infecte des sécrétions diminuent, le bourgeonnement de la plaie est favorisé.

Dans la thèse de Rénon nous trouvons dans un certain nombre d'observations des phénomènes douloureux causés par l'application de poudre de perborate même pur ; personnellement nous n'avons observé qu'un seul cas où des douleurs vives obligèrent à restreindre l'emploi du perborate et encore dans ce cas l'avait-on répandu *larga manu* sur le périnée de cette femme ; en projetant la poudre délicatement sur la surface à modifier, les phénomènes douloureux sont nuls et négligeables.

La poudre de perborate mélangée extemporanément à de la glycérine dans la proportion d'un tiers a donné une glycérine perboratée incolore, inodore, utilisée dans les écouvillonnages avec de bons résultats.

TOPIQUES BIOLOGIQUES

Ce ne sont pas des antiseptiques à proprement parler, ils sont indirectement bactéricides, car ils stimulent les propriétés biologiques des leucocytes et c'est par la phagocytose qu'ils mettent les microbes en état de nuire.

Sérum de Raymond Petit.

Voici comment l'auteur expose sa méthode : « Le point de départ de mes recherches, dit-il, a été, d'une part,

l'étude de la phagocytose suivant la théorie de mon maître Metchnikoff et, d'autre part, celle des travaux d'Issaëff.

Ce dernier auteur a montré qu'en produisant expérimentalement une polynucléose dans le péritoine du cobaye, on pouvait le protéger contre plusieurs doses mortelles de cultures cholériques injectées dans la séreuse.

Des diverses substances que j'ai employées pour obtenir cette polynucléose le sérum de cheval chauffé est celle qui me l'a fournie avec le maximum d'effet utile.

Le sérum que j'emploie en pansements est du sérum de cheval normal recueilli aseptiquement et chauffé à + 56 pendant deux heures, trois jours consécutivement.

Je l'utilise sous deux formes :

1° Le sérum liquide.

2° Le sérum sec obtenu sous forme de paillettes ou de poudre grossière par la dessiccation aseptique dans le vide à la température de 30 centigrades environ.

Les doses que j'emploie à chaque pansement varient de 15 à 30 centimètres cubes pour le sérum liquide et de 1 à 3 grammes pour le sérum desséché.

Il a fallu généralement de 3, 6 à 8 pansements pour obtenir la guérison définitive.

Le pansement provoque un énorme appel local de polynucléaires produits par le sérum de cheval chauffé et cet afflux n'est pas au détriment du nombre normal de polynucléaires circulants ; celui-ci est au contraire augmenté de quelques mille.

Enfin il n'est pas indifférent de faire remarquer que le sérum est un mauvais milieu de culture pour les microbes dont quelques-uns sont même agglutinés par lui, tandis qu'il constitue un excellent milieu pour la vie cellulaire, la nutrition et la réparation des tissus

En résumé, voici sous forme de tableau la liste des topiques mis en usage à Lariboisière dans le traitement de l'infection puerpérale localisée.

<i>Topique biologique</i>	<i>Topiques chimiques liquides</i>	<i>Topiques chimiques solides</i>
Sérum Petit.	Iode { - Solution Tarnier. - Teinture d'Iode. - Teinture d'Iode renforcée. Eau oxygénée. Perhydrol. Glycérine perboratée. Glycérine créosotée. Liqueur de Labarraque. Essence de Lavande. Lusoforme (peu employé).	Poudre de Perborate de Soude. Iodoforme.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES ESCHARES VAGINO-VULVAIRES. — THÉRAPEUTIQUE DE L'ENDOMÉTRITE (UTÉRUS VIDE : a) LES INJECTIONS ; b) PANSEMENT UTÉRIN À DEMEURE ; c) L'ATTOUCHEMENT IODÉ.

L'infection peut se limiter à la zone inférieure de la filière génitale et y déterminer là les eschares vulvo-vaginales. L'utérus est indemne, non douloureux, peu perméable ; les lochies sont normales ; dans ce cas, il faut se garder de toute intervention dans sa cavité — elle y disséminerait les germes des régions infectées — et se contenter de traiter les plaies génitales.

La thérapeutique consistera en injections vaginales et en attouchements. Les injections seront *répétées*, (3 à 4 par 24 heures), chaudes (40° à 45°) de 2 litres environ. L'antiseptique employé sera énergique : l'eau oxygénée à 12 vol ramenée à 6 par un mélange à parties égales d'eau bouillie ou d'eau de chaux, la liqueur de Labarraque très précieuse à la campagne et dans

les milieux pauvres ; le permanganate de potasse à 1 /1000.

Les attouchements seront pratiqués deux fois par jour ; si la plaie est recouverte de fausses membranes d'aspect diphtéroïde, on la décavera par le perhydrol au tiers ou l'eau oxygénée pure et on la modifiera par l'eau oxygénée et la teinture d'iode.

Le sérum Petit nous adonné dans un cas (obs. II.A.) de bons résultats.

Enfin il est excellent de recouvrir ces surfaces suintantes de poudre de perborate de soude. C'est un topique remarquable, il assure une antisepsie des plaies permanente et continuelle et n'exige pas des interventions répétées comme les injections vaginales, aussi est-il bien accepté par le malade et il rend au praticien de réels services.

La question thérapeutique prend toute son ampleur dans les cas d'endométrite.

Quel traitement instituera le médecin lorsqu'il s'agit d'une femme infectée accouchée par lui lorsque le placenta et les membranes examinées soigneusement ne lui ont rien révélé de suspect, lorsque enfin le toucher utérin ne lui a fait percevoir que des parois utérines tomenteuses irrégulières mais sans débris d'importance comme un cotylédon ou des membranes.

La meilleure méthode sera celle qui remplira au maximum les indications suivantes ;

- 1° Diminuer l'action et la virulence des germes.
- 2° Augmenter dans la plus grande proportion la tota-

lité des résistances individuelles locale et générale.

La méthode inverse qui consisterait à diminuer la virulence des microbes mais au détriment des résistances organiques serait dangereuse.

3° Agir vite dès le diagnostic posé car la nocivité des agents infectieux est moindre et leur invasion plus restreinte.

Les seuls procédés qui nous permettent de remplir les indications sus-énoncées sont des procédés « de douceur » au nombre de deux :

1° Les injections intra-utérines et leurs variantes, c'est la vieille technique classique.

2° Les pansements intra utérins plus récents mais possédant déjà à leur actif de nombreux succès.

Des injections intra-utérines. — Le diagnostic d'endométrite puerpéral établi, l'utérus reconnu par le toucher exempt de gros débris, il est d'usage de pratiquer à la première élévation de température une injection intra-utérine antiseptique d'environ 2 litres.

Si après cette première injection la température ne tombe pas on en pratique une deuxième et on la renouvelera deux fois dans les vingt-quatre heures.

Deux alternatives: — La température sera complètement revenue à la normale ; ou bien elle persistera et s'élèvera ; dans ce dernier cas les ardents défenseurs des injections les modifient et utilisent.

1° *Les injections dites prolongées:* On fait passer quotidiennement dans l'utérus trois à quatre injections, chacune de 5 litres de liquide antiseptique.

2° *L'irrigation continue :* On réalise à l'aide d'un dis-

positif décrit dans tous les traités un lavage permanent et continu du canal utéro-vaginal.

Le rôle des injections utérines est double : antiseptique, mécanique.

Antiseptique, c'est de porter au contact de l'endomètre le meilleur topique.

Mécanique, c'est d'assurer par une véritable « chasse d'eau » un balayage répété des produits toxiques stagnant au fond de l'utérus.

Cette action est moins importante que la première ; en effet, les effets mécaniques sont assurés en partie par l'afflux des leucocytes macrophages qui liquéfient les débris utérins et les font tomber dans sa cavité accessoirement par la déclivité suffisante de la surface endométrique aidée de petits moyens de drainage, par de grands drainages en cas de position vicieuse.

Le rôle mécanique est donc secondaire ou plus exactement il doit découler de l'action thérapeutique locale : il la renforce par instants en éliminant les « déchets » qu'elle a produits.

Le rôle topique est-il suffisamment bien rempli par les injections intra utérines ?

Nous ne le croyons pas et sans parler des substances utilisées dont quelques unes comme les sels de mercure, sont notoirement dangereuses, ce qu'il faut incriminer surtout c'est la manière de donner qui, ici, vaut beaucoup moins que ce que l'on donne.

Le contact n'est pas généralisé même avec un endomètre plat, à *fortiori* avec endomètre exhubérant et tomenteux. Au bout de quelque temps il se forme

une rigole et le liquide injecté ne baigne plus l'endomètre. On objectera bien que de temps à autre on augmentera la pression, mais il n'est pas prudent de s'exposer aux accidents que produit la pénétration du liquide.

Le contact n'est pas assez permanent, il dure quinze ou vingt minutes, puis pendant cinq à six heures il ne reste rien dans l'utérus. Les molécules antiseptiques du liquide se sont déposées plus ou moins sur les parois de l'endomètre, le plus grand nombre a suivi le reflux de l'injection.

En réalité ce rôle mécanique, assuré surtout par les injections répétées ou continues, puisqu'il dépend de la vitesse, de la pression et de la quantité du liquide, est obtenu au détriment du rôle antiseptique. Il est impossible de faire circuler un antiseptique énergique dans des grandes proportions et avec un tel régime hydraulique, on traumatiserait trop violemment les parois utérines et l'on provoquerait une intoxication.

Les injections intra-utérines en général ont donné lieu à des *accidents* que les classiques divisaient en *immédiats* et en *tardifs*.

Les *accidents immédiats* sont ou graves (syncope, perforation) ou bénins (douleurs, hémorragies, frissons).

Une syncope mortelle est parfois l'aboutissant de phénomènes nerveux très graves dont la pathogénie a été recherchée par de nombreux expérimentateurs (Tarnier et Tissier) et dont le mode de production découlerait de deux mécanismes :

a). — Pénétration rapide d'une grande quantité de

liquide injecté dans les trompes, ou plus exceptionnellement dans les sinus utérins, favorisée par un spasme du col qui enserre l'instrument et empêche le retour de l'injection.

b). — Pénétration de l'air dans les veines parce que la canule a été mal purgée d'où embolie gazeuse.

La perforation utérine, rare, est généralement la conséquence de l'antéflexion de l'utérus; elle est très facilitée par le ramollissement du tissu malade; or plus l'endométrite puerpérale détermine de la mollesse utérine plus on pratique de lavages.

Des douleurs abdominales violentes qui s'irradient dans les lombes et les cuisses dues à la révolte de l'utérus qui se contracte sur le liquide, ne sont pas rares pendant l'injection intra-utérine, surtout chez les femmes nerveuses; elles s'accompagnent parfois de vomissements et il suffit de retirer la canule pour les voir cesser aussitôt.

Fréquemment il se produit au début de l'opération un léger écoulement sanguin; ce sang provient de ce que le bec de la sonde a déplacé un caillot ou excorié superficiellement la muqueuse utérine.

Enfin le frisson avec fièvre est très fréquent à la suite des intra-utérines; c'est un véritable frisson de réinfection dû à la résorption de toxines mises en mouvement par le liquide.

Les *accidents tardifs* sont beaucoup moins importants; ce sont des phénomènes d'intoxication dus également à la résorption de liquide antiseptique.

Voilà donc une méthode qui expose aux gros inconvénients que nous voulons éviter ;

La diminution des résistances locales, car elle traumatise l'endomètre comme le prouvent l'hémorragie et les frissons.

La diminution des résistances générales, elle produit de l'auto-intoxication, du shock, d'où affaiblissement du système nerveux.

Elle expose à des complications d'une gravité extrême comme la perforation.

Les difficultés de technique des injections intra-utérines sont bien loin d'être négligeables et les pratiquer aseptiquement donne beaucoup de peine au praticien. Il est souvent dénué de tout dans les milieux modestes ; obligé de stériliser « à la diable » le bock, le tuyau de caoutchouc et la sonde intra-utérine. Dans ces cas la multiplicité des interventions expose à la multiplicité des fautes contre l'antisepsie ; mieux vaut une manœuvre instrumentale unique, régulièrement conduite avec antisepsie vaginale, protection du périnée par une valve, atteinte directe de l'utérus sans heurt des parois vaginales, qu'une multitude d'interventions pratiquées sans précautions comme le sont bon nombre d'intra-utérines dans lesquelles la canule pénètre dans le col utérin après s'être complaisamment promenée le long du périnée et du vagin.

De plus il faut bien l'avouer, bon nombre de médecins peu familiarisés avec les intra-utérines ont peur de la perforation et se contentent d'une injection timide à

l'entrée de la cavité. Le but de la méthode n'est donc pas même atteint.

Enfin la puerpérale infectée est une malade dont l'état exige la tranquillité, le repos, la stimulation des fonctions et l'on ne saurait croire combien ces injections répétées, fatiguent les femmes, augmentent leur température, leur causent un état d'énervement qui influe d'une façon fâcheuse sur la marche de la maladie.

La patiente et son entourage s'affolent à la pensée de ces interventions si nombreuses qui, chaque fois, nécessitent des préparatifs compliqués ; le praticien les redoute ; l'idéal est donc pour la malade et son médecin un traitement utérin qui ne tourmente pas la malheureuse femme et n'exige pas une surveillance active d'une garde ou d'une personne plus ou moins expérimentée.

En résumé, toutes ces considérations rendent ennuyeuses et peu efficaces les injections intra-utérines simples et impraticables, sauf dans les cliniques très bien agencées, les injections utérines continues.

Méthode des pansements intra-utérins

SÉRUM LEUCOCYÈNE DE PETIT

Le matériel nécessaire comprend : Un spéculum, un hystéromètre, ou mieux une pince à pansement, des mèches de gaze aseptiques ; le sérum liquide versé dans un verre flambé, le sérum sec.

Les soins préparatoires comprennent : le savonnage

minutieux de la vulve et le nettoyage, le décapage et l'asepsie des plaies vulvo-vaginales pour rendre impossible une inoculation de l'utérus.

On introduit ensuite le spéculum et l'on saisit la lèvres postérieure du col avec une pince mousse.

Le premier point est de s'assurer de la vacuité de l'utérus ; l'opérateur lave ensuite la cavité utérine avec 200 grammes environ de sérum physiologique et l'essuie avec un morceau de compresse de toile montée sur une pince. Il imprègne ensuite une mèche de gaze stérilisée avec du sérum liquide et dans l'extrémité de cette mèche, il enferme comme en un sachet allongé le sérum.

Il introduit ce sachet au fond de l'utérus transversalement d'une corne à l'autre et achève de remplir l'utérus avec le reste de la mèche imbibée, mollement pour supprimer les espaces morts et multiplier les surfaces de contact, mais sans jamais faire un tamponnement serré.

Au besoin, s'il existe des eschares cervicales, une mèche imbibée de sérum liquide et quelques grains de sérum seront laissés à leur contact.

Ce pansement est laissé en place au moins vingt-quatre heures (Petit).

Lorsqu'on le retire, les grains de sérum qui ressemblaient à des cristaux de bichromate de K sont gonflés et ont pris une couleur gris terne avec l'aspect de grains de semoule ; les mèches sont gluantes, imbibées d'un liquide épais et gras à odeur particulière et forte.

Examiné au microscope on le voit constitué par une

sérosité excessivement riche en leucocytes polynucléaires et dans leur protoplasma on distingue de nombreux corps microbiens englobés.

La démonstration est plus frappante encore lorsque, avant l'application du sérum, on a fait une préparation qui ne montrait que de rares leucocytes et de nombreux microbes libres dans le champ du microscope.

Les mèches enlevées, le col et les parois vaginales sont détergés avec des compresses montées, une nouvelle injection utérine de 200 grammes de sérum est donnée et le pansement renouvelé avec la même technique.

Les phénomènes locaux sont faciles à observer dans les applications sur les plaies périnéo-vulvaires ; les eschares se détachent facilement soulevées par l'afflux des leucocytes ; un liquide purulent baigne les parties soumises à l'action du pansement. Le pus enlevé on voit apparaître de nombreux bourgeons charnus, très roses, très vasculaires, saignant facilement.

Parallèle et aussi marquée est l'amélioration des phénomènes généraux, la température s'abaisse dès le premier pansement, la chute est quelquefois complète du jour au lendemain, le plus souvent rapide.

Dans d'autres cas elle s'est faite plus lentement en lysis et n'a été terminée qu'en cinq à six jours.

« Ces cas m'ont paru répondre à l'existence d'eschares plus ou moins profondes et demandant au moins quelques jours pour se détacher (Petit).

Dans nos observations nous avons noté que l'action du sérum leucocygène se manifestait d'abord par une

légère élévation thermique puis par une chute progressive de la température pendant les douze premières heures qui suivent l'application, la douzième heure marquant le maximum d'effet ; ensuite la courbe remonte régulièrement jusqu'à la vingt-quatrième heure, mais son acmé atteint une température moins élevée qu'avant l'application du sérum ; il se forme alors une série de lysis descendants.

Le pouls et l'amélioration de l'état général sont parallèles à l'abaissement de la température, la langue devient humide ; on observe parfois des sueurs abondantes et souvent les malades accusent un fort appétit.

Rien n'est plus exact ; l'augmentation subite de l'appétit et l'euphorie étaient frappants dans l'observation n° 1.

Les résultats éloignés sont bons : les malades sont bien réglées et ne présentent pas de sténose du col.

PANSEMENT IODO-IODURÉ

Certains accoucheurs ont utilisé un autre topique comme pansement utérin à demeure : ils ont choisi l'iode parce qu'il est bactéricide, chimiotactique de premier ordre, non toxique.

Les préparations iodées mises en pratique sont :

La teinture d'iode ou *la solution iodo-iodurée* de Tarnier.

La technique est absolument la même.

Le pansement est toutefois renouvelé toutes les douze heures ; l'action de l'iode étant déjà presque complètement épuisée. Les pansements iodo-iodurés amé-

neraient les mêmes modifications locales et générales que le sérum de Petit et l'intoxication serait impossible étant donné la faible teneur en iode de la solution.

Les observations rapportées paraissent des plus concluantes, nous n'avon pu les contrôler personnellement nous nous sommes servis de l'iode suivant un mode un peu différent.

ATTOUCHEMENTS IODÉS.

La technique et le matériel sont les mêmes. La solution est la teinture d'iode ordinaire ou la teinture d'iode renforcée à 12 0/0.

Après injection vaginale, nous introduisons, monté sur une pince à pansement, un hystéromètre ou une baleine, un tampon d'ouate hydrophile long de 6 à 7 centimètres.

Avec ce tampon imbibé de la solution on touche longuement et avec soin tous les points de la cavité utérine, les faces, le fond et les cornes.

Douze heures après nous pratiquons un deuxième badigeonnage iodé ; dans l'intervalle la malade a reçu une injection vaginale.

D'autres auteurs (Jeannin) combinent au badigeonnage l'emploi d'une mèche de gaze imbibée d'iode laissée à demeure dans l'utérus.

Ce procédé est une transition entre le pansement iodo-ioduré et l'attouchement simple, il est commode à

réaliser dans la clientèle urbaine ou rurale car il supprime toute injection vaginale et la malade n'est touchée que par le médecin quand il change le pansement.

Les résultats obtenus ont été bons ; la fièvre est tombée rapidement, la qualité des lochies s'est améliorée, les phénomènes généraux sont devenus meilleurs ; il n'y a jamais eu de frisson comme après les intra-utérines.

L'iode est bien supporté quand on a soin de protéger le périnée par une valve ou à défaut par une épaisse couche de vaseline qui épargne aux parties avoisinantes non seulement le contact de l'iode, mais des lochies fétides et irritantes.

Le meilleur topique intra-utérin, à demeure, est le sérum Petit. Il symbolise pour ainsi dire les théories modernes puisqu'il n'est aucunement antiseptique, purement biologique et ses résultats sont excellents. L'iode plus irritant a le gros avantage de se trouver partout et peut être utilisé même dans les milieux dénués de toutes ressources.

Que faut-il conclure de cet exposé des deux méthodes ?

Les injections intra-utérines ont été imaginées et se sont vulgarisées aux premiers temps de l'antisepsie, à cette époque où l'idéal était la destruction des germes par les agents chimiques les plus bactéricides répandus à flots, où le chirurgien opérait sous le spray et baignait ses instruments dans l'acide phénique.

Avec les idées modernes leur importance décroît ; on les remplace par des applications faciles et permanen-

tes de substances non nocives et même stimulantes pour les cellules vivantes.

Réduites à un rôle mécanique on les espace puisqu'elles évacuent simplement les produits toxiques résultats de la lutte entre les microbes et les phagocytes stimulés et accrus par la thérapeutique nouvelle du pansement à demeure.

CHAPITRE V

DES INTERVENTIONS PLUS ACTIVES SUR L'ENDOMÈTRE. LE FRISSON DE RÉINFECTION

L'abrasion de l'endomètre a donné lieu à des discussions innombrables et à l'heure actuelle elle comporte encore des partisans convaincus et des détracteurs farouches.

Les premiers (Doléris) comparent la plaie utérine à une place chirurgicale anfractueuse :

Dans les deux cas même localisation primitive en un point ; même extension aux environs de la plaie, à distance, puis généralisation. Au début les lésions de surface sont tout ou presque tout et sevrer le terrain de tout germe pathogène est l'unique moyen de prévenir les désordres ultérieurs.

Les germes nocifs infiltrent un tissu mortifié, dépourvu de vitalité. La considération de l'épaisseur et de l'adhérence des tissus infectés, l'impossibilité de déterger une semblable plaie par de simples lavages nous imposent

de mettre en œuvre le maximum de moyens dont nous disposons.

Il y a donc indication de détruire et d'enlever promptement les tissus infectés de l'utérus gravide ; agir efficacement et vite, c'est écarter le danger de la pénétration de l'infection en profondeur et de son extension.

Les objections à cette manière de voir se ramènent à deux chefs principaux :

1° L'action mécanique ouvre des voies nouvelles à l'infection et amoindrit les résistances locales.

On voit ordinairement se développer sur la cicatrice, après abrasion de la muqueuse, une couche nouvelle et habituellement plus épaisse de dépôts membraneux ; l'intervention n'a, par conséquent, non seulement rien amélioré, mais elle est cause d'une aggravation en ce sens que de nouvelles ouvertures dans les veines et dans les vaisseaux ouvrent ainsi une nouvelle porte à l'invasion microbienne. Elle délabre les tissus, met en mouvement les thrombus, inocule la paroi utérine, détruit la phagocytose naturelle. Celle-ci crée une zone plus ou moins étendue, la zone de réaction de l'utérus. L'infection est-elle encapsulée, la guérison naturelle a lieu ; or il n'y a pas de doute que le processus d'encapsulation ne soit entravé par le curettage et qu'un cas en bonne voie de guérison ne devienne à nouveau grave et dangereux.

2° *Il est difficile de choisir le moment opportun
pour intervenir.*

L'intervention précoce semble logique ; en effet, les germes sont en petit nombre, ont peu sécrété et siègent en des points limités sur les couches superficielles de la muqueuse ; mais l'utérus d'autre part n'a pas eu le temps de s'organiser, les thrombus placentaires sont peu solides, les sinus sont dilatés, les vaisseaux lymphatiques béants car les fibres musculaires sont fatiguées.

L'organisme puerpéral est à peine remis de la secousse du travail ; l'attaque et la défense sont également affaiblies ; d'autre part, la fièvre avec l'application d'un antiseptique utérin peut tomber d'elle-même en quelques jours ; pourquoi dès lors se servir d'emblée d'une thérapeutique aussi active qui, dans bon nombre de cas, sera disproportionnée au mal ?

On attend mais alors la condition principale du succès tombe ; les dangers de l'opération restent et son efficacité devient problématique.

En effet ; les microbes ont gagné en profondeur, l'opérateur agit très peu sur eux et on purifie une région où l'ennemi a déjà passé.

Il est vrai qu'on influe moins sur les résistances locales, la phagocytose étant insuffisante la barrière granuleuse détruite et les germes ont dépassé l'Endomètre pour envahir le parenchyme utérin. Son utilité est donc contestable.

L'abrasion doit être précoce mais il est logique de la faire précéder d'un temps où l'accroissement de défenses locales et générales est portée au maximum et où la virulence microbienne est diminuée sans nuire aucunement à la résistance : c'est le temps du pansement utérin.

L'organisme ainsi stimulé triomphe dans bien des cas de ces envahisseurs ; la preuve en est donnée par la diminution des phénomènes locaux et généraux. Sinon, la méthode de douceur a échoué : notre unique ressource est de diminuer la puissance microbienne par l'abrasion de l'endomètre avec antisepsie préventive et consécutive ; nous diminuerons la résistance ; c'est exact, mais du moins il a été logique de l'exalter auparavant au plus haut point, l'étude du frisson de réinfection va le démontrer.

Frisson de réinfection.

Le frisson se produit après toutes les interventions utérines septiques, même simples (injections intra-utérines). Sa pathogénie a été très discutée ; à l'heure actuelle on en admet deux variétés :

1° *Frisson nerveux*. — Il se montre à la suite de simples injections chez des femmes non infectées et nerveuses et peut être accompagné d'élévation de température.

2° *Le vrai frisson* ou frisson de réinfection observé à la suite d'un curettage dans un utérus très infecté.

« Le frisson dans les états infectieux, dit Roger, repré-

sente une réaction de l'organisme tendant à élever la température pour combattre l'action hypothermisante des toxines, mais en réalité les réactions de l'organisme ne sont pas toujours mesurées à l'effet utile. Elles dépassent fréquemment le but et dans le cas actuel la réaction est à ce point de vue trop intense. Il n'est d'ailleurs pas démontré que cette exagération du processus soit inutile. »

La conclusion est que le frisson constitue la manifestation objective d'une décharge de toxines dans la circulation favorisée par des éraillures de l'endomètre. Si nous parvenons à le supprimer ou à l'atténuer c'est que nous arrêtons la pénétration brusque de grandes quantités de toxines dans l'organisme.

Cliniquement il apparaît une ou deux heures après les interventions sur un utérus septique et se manifeste par des phénomènes locaux : La peau est froide, pâle, blême ; par suite de la contraction des artérioles périphériques, la malade grelotte et claque des dents.

La température monte à un ou deux degrés au delà de ce qu'elle était, le pouls s'accélère à l'extrême et atteint 140-160.

La durée du frisson varie, elle est en moyenne d'un quart d'heure ; il y a parfois plusieurs frissons subintrants.

Cette poussée est éphémère et deux heures après le thermomètre est à peu près revenu au degré qu'il marquait au moment du frisson et le pouls au nombre de pulsations précédent.

En général ce frisson ne constitue qu'un incident.

à ce titre seul il est déjà désagréable pour la malade et très impressionnant pour l'entourage, mais de plus les conséquences de cette décharge de toxines si elles ne se manifestent pas clairement à nous peuvent être graves sur l'économie, sur le foie, sur les reins et contribuer à établir une néphrite, une angiocholite par exemple.

Parfois le frisson de réinfection est grave. Bumm rapporte quatre cas où il fut le prélude d'une pyohémie mortelle.

M. Brindeau signale des faits analogues :

« J'ai observé pour ma part plusieurs cas dans lesquels la réaction de curettage a été très violente, si violente dans deux observations que les femmes sont mortes. L'état général des femmes a été tellement modifié après l'intervention que je croyais avoir perforé l'utérus ; or, après l'examen il n'y avait aucune lésion traumatique (*Soc. d'obstétrique de Paris*, avril 1906) ; dans certains cas, rares je le veux bien, le curettage semble donc provoquer une réaction d'ensemencement extrêmement violente, voire même mortelle. »

M. Bonnaire est parvenu à supprimer le frisson de réinfection dans bon nombre de cas ; à l'atténuer singulièrement dans les autres :

Avant d'entreprendre une intervention dans un utérus septique il en badigeonne la surface interne avec une solution iodée : celle à 12 0/0 par exemple.

L'iode doit pénétrer profondément et imbiber les débris à évacuer ; aussi l'attouchement préalable doit être pratiqué trois heures au moins avant l'intervention. Effectué quelques minutes avant, l'iode n'a pu se dif-

fuser et le frisson réapparaît. Il en est de même quand l'*iodage* a été pratiqué trop longtemps à l'avance, l'action leucocytaire du métalloïde s'est épuisée.

L'attouchement iodé préalable ayant eu lieu trois heures auparavant, la température est prise toutes les deux heures après l'intervention. On constate alors que tantôt la température et le pouls restent ce qu'ils étaient auparavant, tantôt le thermomètre monte de quelques dixièmes de degré; mais toujours le frisson est supprimé avec les malaises qui l'accompagnaient.

Ce procédé agit soit par l'antisepsie des produits à évacuer, soit par la provocation d'une agglomération de leucocytes s'opposant à la décharge des microbes et de leur toxine, soit en supprimant la paralysie de l'utérus. Il présente un certain intérêt pratique car s'il nécessite une double intervention, sa technique en revanche est fort peu compliquée; mais son intérêt, même s'il reste théorique, est encore très grand.

Il montre sur le vif que cette méthode est bonne et logique : d'augmenter en un premier temps les barrières périphériques avant de s'attaquer aux germes ainsi limités dans leur champ d'action.

CHAPITRE VI

EXTRACTION DES DÉBRIS SEPTIQUES IN-UTÉRO ET TRAITEMENT CONSÉCUTIF

Dans un utérus vide si le traitement a échoué il n'en a pas moins contribué à assurer l'antisepsie et alors la seule ressource qu'on ait c'est l'abrasion complète de l'endomètre.

Le grattage de l'endomètre sera minutieux, prolongé, complet, il sera précédé d'une antisepsie sévère.

Deux méthodes sont actuellement en usage :

Le curettage.

Le curage digital.

Jusqu'ici il n'a été question pour la description des divers modes thérapeutiques que de l'utérus vide de tout débris important. Le traitement utérin n'a été envisagé que par rapport aux parois de la cavité utérine. Dans l'immense majorité des cas un deuxième facteur d'une importance énorme se surajoute au premier et modifie la ligne de conduite à tenir.

L'utérus renferme des débris.

Il existe deux moyens d'investigation :

A) — *L'examen du délivre (il doit toujours être pratiqué).*

B). — *Le toucher intra-utérin.*

Mais ce dernier peut être rendu difficile : par l'état des organes génitaux (spasmes de l'utérus, étroitesse du vagin);

Par l'état de la malade (femme nerveuse redoutant l'anesthésie).

Par les circonstances (le médecin appelé d'urgence n'a pas de chloroforme à sa disposition) et dès lors il lui est difficile d'abaisser l'utérus et de prendre une idée exacte de son contenu. Alors il est logique, comme le conseille Pozzi, de pratiquer l'exploration de l'utérus avec la curette maniée avec douceur, légèreté et prudence.

L'utérus qui renferme des débris de caduque du placenta donne une consistance mollassse, pâteuse ; l'instrument semble manœuvrer dans un éponge ; de plus il se produit facilement une hémorragie.

L'examen des produits de raclage fait reconnaître s'il s'agit des caillots ou de bouts de placenta.

Mais ce curettage explorateur exige déjà un doigté approfondi car il faut une grande habitude pour analyser les sensations fugaces qu'il procure. C'est un

moyen de pis aller et on doit toujours lui préférer l'exploration digitale. Cette dernière et l'examen du délivre, tels seront nos deux principaux guides pour apprécier l'état de la cavité utérine.

Lorsque l'accoucheur a la certitude qu'il persiste des fragments de délivre il peut ou intervenir d'emblée ou attendre et n'intervenir que si des phénomènes d'infection apparaissent.

La première méthode compte actuellement beaucoup de partisans ; en tout cas l'infection déclarée tout le monde est d'accord, l'exérèse est nécessaire.

Mais ici le débat devient intéressant.

Les débris enlevés convient-il dans le même moment de considérer l'endomètre comme profondément envahi, dépourvu de toute résistance et par conséquent le sacrifier ?

Ou bien les topiques utérins seront-ils suffisants après l'extraction des foyers d'alimentation microbienne pour localiser à l'endomètre ces agents infectieux et les combattre efficacement ?

D'après les considérations sus-énoncées dans l'infection utérine confirmée, les injections utérines sont absolument insuffisantes. Une intervention précoce par des moyens plus efficaces s'impose et d'autre part il y a tout intérêt à augmenter d'abord les défenses locales au lieu de les détruire systématiquement.

La conclusion c'est :

1° *D'enlever les corps septiques ou exposés à le devenir en respectant l'endomètre ;*

2° *D'exalter les résistances de ce dernier.*

Cette *deuxième indication* sera remplie par les divers procédés passés en revue : Pansement au sérum leucocygène, attouchements iodés combinés avec des crayons iodoformés à demeure ou enfin par le procédé inférieur des injections utérines. Il reste à étudier la première :

*Extraction des corps septiques ou exposés à
le devenir.*

Une classification s'impose suivant la nature, la qualité de ces corps, ce sont.

1° Les membranes.

2° Les fragments de caduque ou de tout petits cotylédons placentaires.

3° De gros morceaux de placenta.

Extraction de membranes.

La méthode de choix est l'écouvillonnage, les membranes s'enroulent autour des crins comme des toiles d'araignée autour d'un balai, et se détachent très facilement.

*Extraction du caduque ou de petits débris placentaires
en petit nombre.*

Dans ces cas M. Bonnaire se sert de l'écouvillonnage. L'écouvillon enlève, non pas tout, mais la plus grande partie des débris sans traumatiser l'endomètre et, de plus, il assure simultanément son antiseptie. L'écouvil-

lon en côtes de plumes est très dur, horriblement douloureux à introduire. Il blesse l'endomètre et l'inocule par ses pointes, c'est une véritable curette déguisée ; aussi l'écouvillon choisi est en crins ; en outre, il n'est jamais introduit à sec, mais toujours enduit de liquide ; si le perhydrol au tiers a été mis en usage dans certaines endométrites putrides, la substance utilisée d'ordinaire est la glycérine soit créosotée au tiers soit perboratée au tiers. La glycérine s'immisce dans les crins de l'écouvillon, les enrobe, transforme l'écouvillon en un cylindre doux et diminue le pouvoir vulnérant de ce dernier, l'écouvillon ainsi préparé n'offre par les dangers de la curette et produit un brossage très doux.

L'écouvillonnage sera pratiqué toutes les vingt-quatre heures. Si au bout de quarante-huit heures la température n'est pas tombée, il faudra d'emblée pratiquer l'abrasion.

Si la température et le pouls descendent lentement l'écouvillonnage combiné aux attouchements iodés sera mis en usage jusqu'à ce que la température soit revenue à la normale.

Si elle retombe brusquement on reprendra le traitement par les attouchements ; mais à la première poussée de température : nouvel écouvillonnage.

Extraction de caduque ou de débris placentaires :

Lorsque les débris sont très nombreux et adhérents leur brossage serait insuffisant, il faut les décoller.

Deux procédés :

<i>Curage</i>	{	suivis d'un écouvillonnage ou de l'expression abdomino-vaginale.
<i>Curettage</i>		

Curettage.

Quel que soit le procédé employé, lorsque les débris seront enlevés, il faudra que l'endomètre soit antiseptisé.

S'il existe de gros cotylédons placentaires l'exérèse aura lieu par le doigt — ou par la curette.

Enfin dans certains placentas très adhérents par la pince mouchette qui est l'instrument de choix dans la rétention placentaire *post abortum*.

La durée de ce traitement : enlèvement des débris, essai des résistances locales sans abrasion, sera variable selon les circonstances ; une fois institué on peut toujours attendre quarante-huit heures.

Si les phénomènes locaux et généraux s'amendent ou même restent stationnaires, la même thérapeutique sera continuée ; en la modifiant légèrement, en adjoignant un écouvillonnage léger par exemple, en renforçant le titre des solutions. Au bout de quarante-huit nouvelles heures, nouvelle interrogation. L'état de la malade reste-t-il inquiétant, sans amélioration ? Le curettage est absolument indiqué ; au contraire, s'il se manifeste du mieux, la continuation du traitement actuel s'impose. Donc, si les phénomènes cliniques s'aggravent il vaut mieux recourir à l'abrasion complète de l'endomètre et, cette dernière sera pratiquée soit quarante-huit heures, soit quatre jours après l'installa-

tion des phénomènes cliniques ; l'extraction des débris ayant eu lieu dès l'apparition de la fièvre.

Mais si ces divers temps peuvent être facilement dissociés lorsqu'il s'agit d'une femme accouchée à l'hôpital et suivie jour par jour depuis l'apparition des phénomènes infectieux puerpéraux, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de femmes accouchées et délivrées en ville, amenées infectées dans les Maternités. Presque toujours l'infection est sérieuse, le traitement institué, généralement quelques injections utérines bien insuffisantes, a été inefficace, le temps s'est écoulé et la femme arrive souvent le troisième ou le quatrième jour. Dès lors il ne peut plus être question de thérapeutique locale d'attente, une intervention est nécessaire, c'est l'enlèvement des débris qui restent et le raclage de la muqueuse précédé et suivi d'une antisepsie sévère.

Deux grandes méthodes sont utilisées répondant à ces deux indications : 1° l'extraction des débris ; 2° le raclage de l'endomètre.

Ce sont le curage digital et le curettage.

A). — EXTRACTION DES DÉBRIS

I. *Curage*. — L'avantage énorme du curage, c'est que l'on opère avec la pulpe des doigts, c'est-à-dire avec une surface douée d'un tact très développé. On apprécie très nettement la quantité et la qualité des débris, leur adhérence avec l'endomètre, la possibilité de les extraire sans enlever la muqueuse adjacente ; mais en regard nombre d'inconvénients :

1° La sensibilité de la pulpe des doigts qui est le prin-

principal avantage du curage empêche l'emploi des gants de caoutchouc et des gants de fil ; avec eux le tact est absolument émoussé et l'on ne peut détacher les staphylactites adhérents puisque dans le curage c'est le rebord de l'ongle qui joue le rôle d'une curette.

2° Le curage digital exige l'anesthésie sinon il est très douloureux ;

3° Il n'est pas exempt de traumatisme sur l'utérus ; en effet pour le réussir il faut empaumer le fond de l'utérus de la main gauche et l'abaisser fortement sur la main droite exploratrice, ce qui produit un certain pétrissage de l'utérus très dangereux ;

4° Dans ce cas, où le minimum de traumatisme est notre but, nous ne pratiquerons pas non plus l'expression abdomino-vaginale douloureuse et un peu brutale ; un écouvillon très doux, souple, assurera l'évacuation des débris.

II. *Le curettage.* — Dans ce cas doit être précédé du toucher intra-utérin qui lui sert de guide et indique les points à gratter ; aussi exige-t-il souvent l'anesthésie car si l'exploration de la cavité utérine est moins douloureuse que le curage, elle est douloureuse surtout dans les utérus à terme qui exigent un abaissement énergique de l'organe, d'où une pression fort douloureuse sur l'abdomen.

Un des gros inconvénients du curettage pour extraction de débris c'est que le doigt donne la situation et l'adhérence du morceau à enlever ; mais quand on introduit la curette on ne retrouve plus les sensations

fournies à l'instant et l'on perd un des bénéfices du toucher digital ; on risque alors de détacher la muqueuse autour du débris à enlever et de le laisser tout en blessant l'endomètre circonvoisin et alors on arrive à une abrasion déguisée de la muqueuse ce qui va à l'encontre du but.

Au contraire, limité exactement aux saillies à enlever, le curettage traumatise moins violemment l'utérus simplement tendu par une pince amarrée à son col.

B). — GRATTAGE DE L'ENDOMÈTRE

Le *curage digital* a toujours cette supériorité : c'est que l'on sait exactement ce qu'il faut enlever, la profondeur où l'on est dans l'endomètre, le moment où l'on arrive sur la couche musculaire ; mais à côté de cet avantage que d'inconvénients !

C'est le traumatisme dû à l'empaumement et à l'abaissement de l'utérus.

L'anesthésie conséquence de cet abaissement forcé.

La maladresse des doigts ; en effet la main droite ne peut bien gratter que la moitié droite de l'utérus ; pour la moitié gauche il faut se servir de la main gauche beaucoup moins entraînée ; elle se fatigue beaucoup plus vite et comme le nettoyage du fond des cornes utérines est très délicat, il en résulte qu'il est souvent mal fait et qu'on peut y laisser de grandes surfaces non détergées.

Au contraire, ici la *curette* reprend tous ses droits.

L'anesthésie n'est guère nécessaire sauf chez les personnes pusillanimes.

Le nettoyage de l'utérus est beaucoup plus facile, l'instrument évolue dans toutes les directions. Les curettes employées toujours très larges et fenêtrées enlèvent à chaque fois une quantité très large d'endomètre. L'extrémité du doigt est beaucoup plus petite ; aussi pour racler la même surface il faut moins de temps et le travail est bien mieux fait.

On a reproché au curettage d'être dangereux car il provoquerait des *paralysies utérines* et exposerait à la *perforation*.

Cette question des *paralysies après le curettage* mal connue en France, a été très étudiée en Allemagne.

Tous les opérateurs ont remarqué maintes fois que dans une infection intra-utérine, qu'au début d'un curettage après quelques coups de curette la cavité utérine semble brusquement s'agrandir et les parois s'amollir. On redoute une perforation, mais il n'en est rien. L'utérus se durcit de nouveau et l'on retrouve la même consistance.

Catherine Van Tussenbroeck qui a étudié cette question en détails ajoute :

« Je n'ai jamais vu de curettage où ce changement
« de tonus n'est pas perceptible dans une mesure plus
« ou moins grande.

« Dans certains cas, c'est beaucoup plus net. L'uté-
« rus est comparable à un grand sac mou, large, dont
« les parois reculent devant la curette. C'est une sen-
« sation très désagréable même si l'on est prévenu.
« Attend-on encore un instant, alors on sent une paroi
« plus ferme sous la curette et en grattant prudem-

« ment on sent que le tonus revient jusqu'à ce que
« l'organe ait repris sa consistance normale. »

La pathogénie a donné lieu à de nombreuses discussions.

Pour Doléris, ce serait l'instrument introduit qui augmenterait l'allongement de l'utérus parce qu'il pousse vers en haut la paroi utérine mollassée.

D'après Geyl, l'utérus serait assimilable à un sac gonflé, le liquide ou l'air qui y ont pénétré triompheraient non seulement de la résistance du muscle utérin, mais encore de la paroi abdominale ; il y aurait donc tout d'abord une diminution de pression dans la cavité abdominale, parfois même une pression négative et l'utérus mollassé aspirerait, grâce à son augmentation de capacité, l'air et le liquide.

Mais quelles que soient les conditions de l'expérience on n'a jamais pu constater une pression négative dans la cavité abdominale.

Schæffer distingue deux stades :

Le stade de gonflement en forme de ballon avec tonus amoindri mais incomplètement disparu.

Le stade de relâchement complet ou d'atonie.

Ses recherches démontrent que l'agrandissement forcé de l'orifice interne du col dans un utérus non gravide détermine non seulement un afflux artériel local mais aussi une augmentation générale de la pression sanguine et de la fréquence du pouls même pendant la narcose :

La diminution de pression de la musculature utérine à la suite de la dilatation de l'orifice interne coïncide

avec une diminution du tonus des artères efférentes.

Comme conséquences :

1° Les artères serpentine de l'utérus par suite de la congestion intense s'allongent et entraînent la paroi musculaire mollassse.

2° Les fentes vasculaires atélectasiques qui existent dans la paroi utérine d'après Schæffer se remplissent.

3° L'utérus tout entier se gonfle et se comporte en organe érectile, la cavité utérine se déplisse, ses parois deviennent élastiques, puis les relâchements vasculaires et musculaires parfaitement combinés cessent ; l'afflux sanguin diminue ; la paroi musculaire se ratatine, l'utérus est de nouveau en position de repos.

Mais s'il se produit un défaut de coordination dû à une excitation artificielle et non physiologique, le relâchement vasculaire et la vaso-dilatation cessent alors que la paroi utérine n'a pas encore repris son tonus. La tension de cette paroi disparaît avec la congestion ; l'allongement persiste, c'est l'atonie ou la paralysie des auteurs. Nous avons affaire à un sac mollassse, aminci, rempli d'air et n'offrant aucune résistance à la sonde intra-utérine ou à la curette.

Le relâchement du tonus musculaire peut être considéré d'après Van Tussenbrœck comme un phénomène d'inhibition nerveuse se traduisant par des modifications fasciculaires d'origine moléculaire, inverses de celles que l'on remarque dans la contraction musculaire. Il s'agirait d'une action réflexe indépendante de la narcose chloroformique.

Le point de départ serait la surface profonde de l'uté-

rus et il y aurait des points de prédilection, en particulier l'orifice interne du col ; par contre Van Tussenbroeck dit qu'elle n'a jamais rencontré la vraie atonie que comme réaction de la curette sur la paroi.

D'après cet auteur : la dilatation de l'orifice utérin produisait d'abord une paralysie de sphincter du col, puis du corps, si bien que la sonde arrive dans une cavité normale et que des instruments plus épais qui ont d'abord brisé le tonus du col pénètrent dans un utérus paralysé et peuvent pénétrer plus profondément ; des mesures précises prises avec l'hystéromètre avant et pendant le curettage ont établi la réalité de cette conception. Ajoutons que l'excitation du col, sa saisie par une pince, sa traversée par la grosse curette sont suffisantes pour déterminer la paralysie de l'utérus, car on l'observe dans les cas où l'on n'a pas eu à utiliser les bougies d'Hégar.

Le centre tonique serait central pour Keiffer (V^e Lombaire) périphérique pour Kurdinowski.

En faveur de cette dernière hypothèse plaident :

L'apparition d'une atonie réflexe à la suite du curettage ;

L'existence d'atonies partielles (atonie limitée) aux angles tubaires, à la paroi utérine antérieure (fréquent).

Il y aurait alors plusieurs arcs réflexes dont chacun aurait son centre tonique propre qui commanderait une partie limitée du muscle utérin.

Ces atonies après le curettage sont intéressantes, par elles s'expliquent les hémorragies succédant à certains

curettages, la fragilité plus ou moins grande des utérus.

Elles nous montrent que le frisson de réinfection est peut-être produit en partie par la béance des vaisseaux utérins et des espaces lymphatiques interfasciculaires, béance due à l'atonie.

L'attouchement iodé pré et post-opératoire est une excellente chose puisqu'il exalte la contractibilité des fibres musculaires et s'oppose à la production du phénomène ou du moins le réduit à peu de choses.

Le plus gros danger du curettage c'est l'entaille ou la perforation de l'utérus « car la curette est aveugle » mais ceci peut paraître paradoxal : la perforation se produit surtout quand on a l'habitude du curettage et qu'on manie la curette avec plus de désinvolture et lorsqu'on se départit des précautions que l'on prendra si on a la hantise de la perforation. Pénétrer lentement avec une curette très large (la grosse curette fenêtrée à dents de scie) au fond de l'utérus, la ramener doucement vers soi sans jamais rechercher le cri utérin ; imprimer à la curette avec les plus grandes précautions quelques mouvements de translation dans le plan frontal ce qui assure le décapage du fond : Ces manœuvres très prudentes permettront des curettages satisfaisants même dans des utérus fort mous.

La conclusion c'est que si le curage est supérieur à la curette dans le premier cas (extraction des débris), celle-ci l'emporte dans le deuxième (grattage) ; aussi certains auteurs ont-ils cherché à associer les deux desiderata en imaginant de petites curettes digitales ; l'index se munit d'une petite curette tranchante arrondie

chante arrondie dépassant le rebord de l'ongle et maintenue au doigt par un (Chavanne) ou plusieurs ressorts (Faix), ce qui l'empêche de tourner.

Quand les deux indications se trouvent réalisées la conclusion logique et l'idéal c'est de combiner les deux procédés :

Toucher intra-utérin et extraction des débris par curage, puis ensuite raclage, l'anesthésie étant indispensable pour mener à bien la première partie de l'intervention.

Mais si c'est la méthode parfaite, dans une clinique, il vaut mieux recourir à un curettage d'emblée dans certains cas (femme shockée ou très infectée ou albuminurique) où l'anesthésie est nuisible, puisqu'il s'agit d'un organisme très touché et que le chloroforme a une action nocive surtout sur les organes éliminateurs déjà surmenés. De plus le peu de douleurs de l'opération permet d'agir seul et sans aides : point important pour le praticien ; avec la méthode sus-indiquée, c'est chose impossible.

Dans ces conditions le toucher utérin sera pratiqué doucement sans anesthésie, il sera forcément incomplet. Nous agirons avec la curette mais nous contrôlerons de temps en temps son ouvrage avec le contact du doigt.

Lorsque l'infection persiste après un premier curettage, faut-il en faire un deuxième ?

L'accord est général : Puisque l'abrasion complète et totale de l'endomètre n'a pu enrayer la marche des accidents ; les agents infectieux ont pénétré profondé-

ment dans la musculature de l'utérus. L'endomètre malade où s'élaboraient les produits toxiques ayant disparu, c'est l'emploi continu d'un antiseptique énergique et diffusible (iode) qui, pénétrant dans les couches profondes de l'utérus, atténue le plus possible la virulence microbienne tandis que par les moyens généraux on rehausse la défense de l'organisme.

L'infection occupe le paramétrium

Dans ces cas l'endomètre ne sert plus à rien; on ne peut compter sur sa résistance; c'est un terrain rempli de microbes fournissant des matériaux de nutrition nécessaires à leur développement; l'antisepsie simple de l'endomètre serait insuffisante et il est plus logique de se débarrasser de ce produit inutile et dangereux.

Mais le curettage sera précédé et suivi d'une antisepsie rigoureuse par l'iode.

Il devra être fait très légèrement c'est-à-dire qu'il ne faut pas pratiquer l'abaissement trop brutal de l'utérus lorsque celui-ci est enflammé, le traumatisme se surajoutant à une région siège d'une infection en activité est toujours dangereux. Le curage digital est ici impraticable.

L'existence de phénomènes de périmérite ou paramérite, de phlébite des vaisseaux utérins ne doit pas être considéré, comme une contre indication absolue, mais exige une grande légèreté de main dans la technique opératoire.

Au contraire, il y a tout avantage à supprimer au plus vite le foyer utérin point de départ des accidents ; et par l'intervention qui enlève les matières septiques ; on ne peut créer un danger pire que celui qui résulte de leur rétention.

Le traitement des accidents à distance n'est pas négligeable, mais on commence toujours par l'expectative avec la glace. Dans ces cas il n'est pas mauvais de nettoyer l'utérus ; c'est la seule opération possible.

La *péritonite* n'est pas une contre-indication absolue, surtout lorsqu'elle n'est qu'au début.

M. le professeur Tarnier considère le curettage comme parfaitement autorisé même avec un début de péritonite ; on aura au moins fait tout le nécessaire pour nettoyer l'utérus.

Telle était l'opinion courante, il y a quelques années, comme le montrent ces lignes extraites de la thèse de Chartier. »

À l'heure actuelle, le diagnostic de péritonite posé, la seule conduite à tenir est la laparotomie ou, si la malade est par trop mal, la colpotomie suivie d'un bon drainage. Le curettage dans ces cas n'a plus aucune importance et moins on shokera la malade, mieux cela vaudra ; la thérapeutique intra-utérine sera une antisepsie faite doucement ; il est bon de ne pas la négliger mais ce n'est plus là qu'est l'intérêt, il doit être reporté en entier sur le péritoine, le traitement utérin n'est que fort secondaire.

Il en est de même dans la *septicémie* ; lorsque le toucher utérin a fait constater la vacuité de l'utérus, il est

inutile de pratiquer un curettage, « l'ennemi n'est plus là ». Il suffit de désinfecter par des antiseptiques permanents l'utérus qui a servi de porte d'entrée.

Le traitement de la septicémie est un traitement *général* par la suralimentation, l'alcool et les toni-cardiaques ; on y adjoint maintenant l'emploi simultané des bains et du collargol.

Les *bains* sont donnés toutes les trois heures quand le thermomètre dépasse 39° comme dans la dothiéntérie ; leur température de 34°-35° au début, est refroidie, progressivement à 28° ; leur durée est de quinze à vingt minutes.

Les *injections intraveineuses de collargol* à 2 0/0 ont lieu tous les deux jours à la dose de 10 centimètres cubes ; le jour de l'injection elles déterminent souvent un grand frisson avec 40°-41° ; cette réaction au collargol est plutôt un indice favorable (Bonnaire).

Nous avons vu, plusieurs infectées chez qui ce traitement général a été absolument efficace ; nous en publions (cf. page 173), une observation intéressante parce qu'elle schématise les divers modes du traitement.

CHAPITRE VII

LES ADJUVANTS DU TRAITEMENT LOCAL. LE DRAINAGE, LA GLACE, LA QUININE, L'ERGOTINE.

Une distinction s'impose d'emblée :

L'écoulement des lochies se fait mal, ou au contraire a lieu régulièrement.

Dans le premier cas, le toucher, combiné au palper, montre qu'il s'agit d'une antéflexion, plus rarement d'une rétroflexion ; cette courbure de l'utérus détermine la rétention en vase clos d'un véritable bouillon de culture.

Ces cas sont justiciables d'une intervention destinée à remédier à cette position : c'est le drainage, ou à son défaut, comme le recommandent certains auteurs, le redressement manuel de l'utérus et le maintien en bonne position par l'application d'un gros tampon sus-pubien maintenu par un bandage en T. Cette simple

manœuvre a souvent suffi pour assurer le libre cours des lochies.

Dans la deuxième hypothèse faut-il drainer?

Les avis sont partagés.

En règle générale il n'est jamais bon de laisser au contact d'une surface infectée et saignante un corps étranger si peu vulnérant soit-il, à moins d'urgence absolue.

De plus, si l'on adopte le mode de pansement intra-utérin à demeure, le drainage n'a plus de raison d'être ; la gaze imbibée assurant l'antisepsie ou la phagocytose et le drainage.

D'autre part, le drain maintient béante la cavité utérine et rend plus facile l'administration des injections intra-utérines puisqu'on les donne à travers le drain ; il est vrai que si l'on fait des attouchements iodés, il faut le retirer et le remettre en place ce qui complique une intervention recommandable surtout par sa simplicité.

Quoi qu'il en soit il n'est pas logique d'adopter une règle de conduite fixe.

L'accoucheur doit désirer une bonne évacuation des produits utérins, un accès facile pour pénétrer dans l'utérus.

Dès lors le drainage est indiqué non seulement en cas de rétention des lochies, mais chaque fois que le col tend à se refermer malgré la persistance de l'infection. Chaque fois qu'il s'agit d'une infection très septique (surtout à anaérobies) où il faut assurer le plus large contact de l'utérus avec l'air extérieur.

Mais si le drain présente des avantages tels que son emploi est pleinement justifié dans certaines indications, par contre il peut présenter de nombreux inconvénients, le drain idéal se propose de les éviter et il doit remplir les conditions suivantes (Mouchotte).

1° Être rigide, d'une rigidité telle que la condure et l'aplatissement surtout au niveau de l'utérus soit impossible.

2° Être composé du minimum de substances possible, afin d'éviter l'application sur la surface utérine suintante de larges zones de substance qui soit en obturant les sinus infectés, soit en maintenant entre elles et la paroi utérine le pus collecté puissent faire obstacle à l'écoulement rapide du pus hors de l'utérus.

Un appareil fenêtré au maximum conviendrait bien.

3° Avoir une graduation rationnelle, permettant de poser un appareil d'une longueur et d'un calibre en rapport avec les dimensions de la cavité utérine à drainer.

4° Être facile à poser.

5° Pouvoir tenir seul en place, sans qu'il fût nécessaire de le fixer au col par des fils ou de le caler par des tampons vaginaux faisant obstacle à l'écoulement du pus.

6° Permettre le nettoyage facile et la stérilisation.

Le drain métallique de Mouchotte, s'il écarte les parois utérines et par ses huit fenêtrures laisse au pus un écoulement continu, facile, sans obstacle, est passible de plusieurs objections.

Il doit tenir seul en place, et par conséquent entre à

frottement dans la cavité utérine : or, il est en métal et le contact d'une surface métallique nécessairement prolongé et accompagné d'une certaine pression détermine sur les utérus infectés *post partum* incomparablement plus mous que les utérus *post abortum*, des plaies, des eschares qui, trop souvent, entretiennent l'infection.

Signalons le nouveau drain imaginé par le Dr Lemaitre (de Dunkerque). Il se compose d'un ressort à boudin dont les spires très serrées à la partie inférieure forment une sorte de tube. Elles se relâchent en haut pour se terminer par une petite coupole fenêtrée : ce drain flexible et résistant est moins vulnérant que le drain Mouchotte ; nous ne l'avons pas expérimenté. Le caoutchouc, sous réserve d'avoir un caoutchouc assez épais pour ne pas se couder au niveau de l'isthme, paraît plus recommandable. La question de la suspension du tube est assez délicate ; les tampons vaginaux sont mauvais, ils bouchent le drain dont ils sont le déversoir. Si le drain pénètre à frottement dans le col, il peut amener une escharification des tissus, le mieux est de le maintenir par en haut.

M. Bonnaire a réalisé cette suspension par des drains dont le principe est celui de la sonde de Pezzer-Malécot.

Les drains pour utérus *post partum* sont longs de 10 à 12 centimètres de calibre variable ; ce sont des tubes de caoutchouc percés de trous, terminés par une sorte de capsule en tête de tœnia largement fenêtrée.

Le drain vaseliné est introduit dans les deux mors d'une pince à faux germe ou d'une pince porte-ballons,

la tête s'aplatit dans le sens transversal. Le grand axe de la tête est présenté au grand axe du col et par de petits mouvements de rotation, le drain est introduit dans l'utérus. La pince est désarticulée puis retirée. La tête du drain logée dans l'utérus reprend sa forme et maintient la portion tubulée dans le col et dans le vagin.

L'idée est ingénieuse ; plusieurs fois cependant nous avons vu les œillets du drain obstrués par des débris de l'endomètre, des fausses membranes : aussi M. Bonnaire est-il revenu à un modèle imaginé par lui antérieurement ; le principe est le même mais le drain se termine non par une coupole mais par quatre ailettes qui, disposées parallèlement les unes aux autres lorsque le drain est saisi dans la pince, s'écartent en croix, l'instrument étant parvenu dans la cavité utérine. Il existe dès lors quatre fenêtres losangiques énormes permettant et le libre accès des liquides modificateurs et la libre évacuation des produits septiques.

Le drain sera changé tous les matins par exemple, nettoyé par un courant d'eau et bouilli, puis remis en place et maintenu jusqu'à chute complète de la température.

Le praticien, s'il ne possède pas ces tubes spéciaux, pourra drainer et d'une façon très satisfaisante avec des drains rigides ordinaires réunis en un faisceau par des épingles ou des crins.

En tout cas qu'il se persuade de ce principe qui a force de loi en chirurgie ; on draine avec un drain et non pas avec de la gaze.

LA GLACE ET L'ERGOTINE

La double indication d'entraver les processus microbiens et de favoriser les résistances se trouve remplie par l'emploi de trois adjuvants :

1° L'application de la glace.

2° La quinine.

3° L'ergotine.

L'application de la glace trouve surtout son utilité dans les pelvipéritonites ou dans les inflammations péri-utérines ; cependant bon nombre d'auteurs l'emploient à titre prophylactique avant et après un curetage par exemple : l'action du froid ferait resserrer les fibres musculaires lisses de l'utérus et entraverait la pullulation microbienne.

Son emploi est logique et il est bon de l'expérimenter toutes les fois qu'il est possible.

LA QUININE

Ses propriétés sont doubles au point de vue obstétrical.

1° Elle diminue le pouvoir oxydant du protoplasma et par suite exerce une action de ralentissement des mouvements protoplasmiques, et se montre antipyrétique puissant mais antiseptique médiocre.

2° Elle possède une action excito-contractile sur les muscles lisses.

Sa propriété générale n'est utilisée que dans le trai-

tement de la septicémie généralisé où l'on emploie surtout les injections de chlorhydrate de quinine à la dose quotidienne de 1 gramme à 1 gr. 50.

L'action locale n'est guère utilisée que dans l'avortement incomplet où l'on stimule les fibres de l'utérus pour réveiller les contractions et expulser le délivre : 1 gramme de sulfate de quinine en deux fois.

L'ERGOTINE

L'ergot de seigle (*Secale cornutum*) et l'ergotine excitent la contractilité des fibres lisses de l'utérus et des vaisseaux. Leur efficacité est fonction de la richesse en fibres lisses de l'organe et de la disposition anatomique de ces fibres lisses par rapport aux vaisseaux dans cet organe.

Or la richesse des fibres lisses dans l'utérus ; leur disposition formant dans leur ensemble des anneaux concentriques en font, selon une expression classique, « de véritables ligatures vivantes » et favorisent donc au maximum l'action de l'ergotine.

En France on ne l'a guère utilisée que dans le traitement des hémorragies puerpérales. On ne la donne qu'après la délivrance et après s'être assuré de la vacuité de l'utérus. « Tant que l'utérus renferme quelque chose : enfant, caillot, ou placenta, ne donnez jamais d'ergot » (Pajot).

En Allemagne ses propriétés sont systématiquement mises en usage dans le traitement de l'endométrite puerpérale. La technique classique est la suivante : « On

s'assure d'abord de la vacuité de l'utérus et les débris sont enlevés avec le doigt ; l'antisepsie de l'utérus est réalisée par des injections intra-utérines très rares (2 à 3 par jour au maximum), de lusoforme et surtout d'eau oxygénée, même de sérum physiologique.

Mais la contractilité de l'utérus est assurée par l'emploi de l'ergotine en injections sous-cutanées à la dose de 2 à 3 grammes par litre. Il se produirait un resserrement des voies d'absorption, une diminution des thrombus de l'arée placentaire si faciles à ensemençer.

En même temps la quinine donnée à forte dose, 1 gramme, complétera la rétraction de l'utérus. Une vessie de glace est laissée en permanence sur le ventre.

Le traitement diététique a pour base : l'alcool en grande quantité ; Todd, vins de Banyuls et la suralimentation (œufs, viande crue).

En résumé, le traitement général pour les Allemands est tout ; le traitement local est réduit au minimum d'intervention ; la tonification de l'utérus, une des indications capitales étant assurée, d'après eux, par l'ergotine.

En France, les injections utérines chaudes et répétées ont paru suffisantes aux accoucheurs pour remplir cette indication ; mais, avec l'emploi des attouchements iodés, il y aurait intérêt à y associer l'ergot ; car nous ne possédons pas de statistique assez importante pour juger son efficacité sur les fibres musculaires de l'utérus infecté. La question appelle de nouvelles recherches.

DEUXIEME PARTIE

TRAITEMENT LOCAL DE L'INFECTION PUERPÉRALE « POST ABORTUM »

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le tableau clinique de l'avortement varie selon l'époque à laquelle il se produit.

L'avortement des deux premiers mois se fait en bloc, celui des troisième et quatrième mois se produit généralement en deux temps : Expulsion du fœtus, puis du délivre, d'où fréquence de la rétention et de l'infection ; enfin la fausse couche des cinquième et sixième mois est un accouchement en miniature.

L'infection peut se produire pendant toute la durée de l'avortement.

Elle apparaît parfois dès le début et elle est due le plus souvent à des manœuvres et à l'inoculation de l'œuf et de la cavité utérine par des liquides septiques

ou des instruments malpropres ; quelquefois le péritoine est inoculé d'emblée (perforation utérine).

L'œuf peut être infecté au cours d'une maladie infectieuse ; celle-ci provoque l'avortement et l'œuf rend septique le milieu où il est contenu.

L'infection de l'œuf et de la cavité utérine peut se produire pendant le travail de l'avortement ; la cause la plus commune c'est l'ouverture artificielle ou naturelle des membranes de l'œuf et l'arrivée des agents infectieux venant du dehors (infection hétérogène), ou de l'organisme lui-même (infection autogène).

La fréquence de l'avortement criminel souvent provoqué par des mains septiques, quoique la technique des avorteuses se soit singulièrement perfectionnée ; le rôle énorme que jouent les infections comme facteurs d'avortement et facteurs de l'infection intra-utérine expliquent en partie la fréquence de l'infection *post abortum*.

Il reste encore le deuxième point : la fréquence de la rétention du placenta et des membranes.

Elle est due au mécanisme normal de l'avortement qui a trois fois lieu en deux temps et souvent aussi à la fréquence de l'endométrite déciduale comme cause de l'avortement.

Cette endométrite agit en provoquant l'augmentation de volume de l'arrière-faix et des adhérences très grandes de la caduque. Le développement exagéré du placenta et ses connexions plus intimes avec l'utérus expliquent aussi la facilité de l'infection dans les avortements gémellaires.

D'autre part, les statistiques démontrent que c'est au troisième et au quatrième mois que se produisent surtout les avortements provoqués, d'où la grande fréquence de l'infection à cette période.

Comme nous l'avons vu plus haut la nature des débris retenus et le milieu expliquent la facilité d'ensemencement ; dans l'avortement, le délivre est à moitié décoillé et souvent engagé dans le col où il forme entre les régions vaginales septiques et le reste de la cavité utérine un véritable trait d'union.

La question du terrain joue dans la genèse de l'infection *post abortum* un rôle important.

Deux points spéciaux à l'avortement sont à considérer :

Si l'avortement a lieu c'est qu'il est souvent produit par une maladie générale (Σ , tuberculose, cardiopathie), une diathèse ou intoxication exo ou endogène, mais d'autre part toutes ces infections malmènent les défenses de l'organisme, le sang, les émonctoires des toxines (foie, rein) et le mettent en état d'infériorité vis-à-vis de l'infection.

Beaucoup d'avortements provoqués s'accompagnent d'une dépression mentale, d'une neurrorragie intense ; ce sont des systèmes nerveux épuisés, incapables de réaction car beaucoup de ces malheureuses femmes ont tenté par tous les moyens possibles de dissimuler leur état, se sont serrées dans leurs vêtements, ont continué leur métier souvent très rude, sans aucune hygiène, intoxiquées par l'absorption de drogues disparates et hantées par l'échéance prochaine de leur grossesse.

D'autres se sont livrées en tremblant à des manœuvres abortives. L'infection arrive et fait de ces malades terrorisées, sans volonté, des êtres sans énergie, sans réaction, voués aux pires catastrophes.

En résumé : toutes les cause d'infection se trouvent réalisées dans l'avortement et toutes sont portées à leur maximum ; aussi lorsque l'infection s'établit, elle comporte d'emblée un pronostic sévère et le traitement doit être particulièrement énergique.

Très variable dans ses modalités est l'infection *post abortum* ; ainsi certains cas ne sont justiciables que d'un traitement chirurgical.

Lorsque l'utérus est infecté par des débris d'arrière-faix, impossibles à extraire par suite de la non-perméabilité du col et constituant un véritable foyer d'infection dont les produits d'élaboration retentissent sur l'état général ; il y a lieu d'intervenir par hystérectomie. Le fait est d'ailleurs fort rare dans la pratique ; la seule indication est la suivante :

La constatation d'une perforation utérine entraîne la laparotomie immédiate avec hystérectomie ou la suture de la brèche utérine et drainage suivant le degré d'infection ; mais l'existence même de phénomènes péritonéaux nets accompagnés du commémoratif de manœuvres abortives instrumentales doit immédiatement faire soupçonner la péritonite et la laparotomie explorative est la seule conduite à tenir.

Lorsqu'il existe des phénomènes d'infection mais pas de péritonite ; qu'on ne constate aucun des tableaux cliniques précités exigeant une laparotomie, deux

notions interviennent pour dicter le choix de l'opération.

Les commémoratifs.

Une femme entre non infectée dans une maternité, elle y fait son avortement, le pronostic sera moins grave et la thérapeutique moins vigoureuse que lorsqu'une femme arrive infectée du dehors en menaces d'avortement ou avec un avortement fait et rétention placentaire, dans ce cas. sauf les avortements de cause évidente, tuberculose, syphilis, endométrite déciduale, intoxication, il faut toujours soupçonner l'avortement criminel et le regarder comme lié à un degré très grand de septicité.

Le *toucher intra-utérin* qu'il faut essayer de pratiquer à tout prix comme nous le disons plus haut est parfois très difficile malgré l'anesthésie dans des utérins petits de deux à trois mois. On est autorisé alors à saisir le col avec une pince et à le dilater si besoin est avec les bougies d'Hegar.

Enfin si les conditions opératoires ou de milieu ne permettent pas de mener l'opération à bien et qu'il reste un doute, il faut toujours se comporter comme s'il y avait quelques débris dans la cavité car la fréquence de la rétention est telle qu'il faut l'envisager comme la règle dans l'avortement.

Lorsque l'exploration utérine est possible, deux cas se présentent :

a). — L'utérus renferme des débris. Ce sont ou des membranes et le traitement de choix est l'écouvillonnage, ou des débris placentaires : l'extirpation est la

règle, tous les accoucheurs sont d'accord, seuls les moyens en usage diffèrent.

b). — L'utérus est vide. Les commémoratifs reprennent toute leur importance.

Un écouvillonnage créosoté précédé, et suivi d'attouchements iodés, suffira dans un avortement fait à la Maternité, avec infection consécutive légère.

Au contraire si l'avortement vient de ville, infecté ; ou bien s'il est gémellaire fût-il même endogène, le traitement de choix sera le raclage de l'endomètre.

CHAPITRE II

EXTRACTION DU PLACENTA

MÉTHODES CLASSIQUES

Parmi les innombrables procédés imaginés, les quatre suivants méritent seuls d'être retenus :

1° Traitement par les ecboliques.

Il comprend l'administration du sulfate de quinine et les injections chaudes intra-utérines.

C'est une méthode réservée aux cas apyrétiques; elle est trop infidèle en face de phénomènes nets d'infection

2° Tamponnement intra-utérin.

Le procédé consiste à bourrer de gaze iodoformée la cavité utérine.

Le tamponnement doit être méthodique, serré et complet; le secret du succès consiste à prendre peu de gaze à chaque fois, mais elle ne pénètre pas complètement dans la cavité utérine, s'accumule dans le segment

inférieur et forme un bouchon non plus dans le corps contractile mais dans le col.

Dès lors le muscle creux utérin n'étant plus distendu n'est plus sollicité à se contracter et le tamponnement reste sans effet.

Si la méthode se recommande par sa simplicité, son indolence, l'absence d'anesthésie, elle se trouve contre-indiquée en cas d'infection utérine.

Le tampon bien qu'antiséptique précédé d'une injection intra-utérine iodée et renouvelé toutes les vingt-quatre heures absorbe toutes les sécrétions utérines malgré toute l'habileté de l'opérateur, il remplit souvent incomplètement la cavité utérine et derrière lui se forme une cavité close où pullulent les germes.

Loin d'entraîner les microbes il les tient enfermés, or le premier principe pour désinfecter une cavité n'est-il pas de la mettre largement en communication avec l'extérieur et d'évacuer ainsi les germes qui y sont accumulés au lieu de les y enclorre de propos délibéré ?

Les mêmes considérations s'appliquent au petit ballon de Champetier ; de plus il est peu pratique dans la clientèle urbaine et surtout rurale où les modifications du caoutchouc au contact de l'air le rendent parfois inutilisable au moment même où l'on en a besoin. Il est difficile à rendre et à maintenir stérile, incommode à poser et ses résultats sont lents, souvent problématiques. Dans bien des circonstances il a simplement dilaté le col mais n'a pas réussi à faire expulser le placenta et une autre intervention a été nécessaire.

Curage digital.

Il nécessite l'emploi de l'anesthésie pour deux raisons :

1° L'abaissement de l'utérus, indispensable, ne peut être obtenu qu'en empaumant le fond solidement et cette manœuvre exige un relâchement absolument parfait de la paroi abdominale.

2° L'orifice du col utérin se trouvant environ à 6 centimètres de la vulve (Guéniot) l'introduction totale de la main dans le vagin est indispensable pour permettre au doigt d'explorer à fond la cavité utérine et d'y manœuvrer.

La femme étant endormie, le doigt avant de pénétrer dans la cavité utérine a deux orifices à franchir (Fieux).

1° Le canal cervical et la région sus-cervicale futur segment inférieur en miniature.

Cet anneau, de nature fibro-conjonctive se laisse dilater facilement, un doigt d'abord s'y insinue avec des mouvements de vrille, un autre doigt vient le rejoindre et bientôt la dilatation est suffisante pour permettre le passage.

2° Reste le deuxième anneau : anneau de contraction. Il offre une résistance active car il est de nature musculaire et il faut vaincre la contracture de ce véritable sphincter.

La dilatation digitale sera de mise ici, un doigt, puis deux, parfois les quatre derniers doigts réunis en tronc de cône.

Cependant certains praticiens préfèrent employer les bougies d'Hégar. L'opérateur est enfin arrivé dans la cavité utérine.

La capture du placenta. — Elle est parfois d'une simplicité extrême, les doigts rencontrent la masse placentaire décollée, libre dans la cavité. Ils explorent méthodiquement l'utérus pour bien s'assurer qu'il ne reste aucun débris adhérent, puis vont procéder à l'extraction.

Mais le placenta est souvent plus ou moins adhérent à la paroi. Il faut le décoller avec un doigt ou plusieurs, si possible.

Pour cela on commencera par gratter la paroi interne sur laquelle le placenta semble être inséré, en s'aidant de la pulpe des doigts et des ongles : on décolle toutes les adhérences de bas en haut, on continue par la paroi opposée le fond et les angles de façon à passer en revue tout l'endomètre.

On ne cessera que lorsque toute la face interne sera devenue libre et nette et que tout le gâteau placentaire sera bien et dûment mobilisé.

Deuxième temps. Extraction placentaire. — Quand vous aurez détaché complètement le placenta dit M. le professeur Budin, si vous avez pu introduire deux doigts dans l'utérus vous laissez le placenta entre deux doigts que vous recourbez un peu pour l'entraîner au dehors.

Si vous n'avez pu pénétrer qu'un doigt, vous le recourbez de façon à prendre le placenta comme par un crochet et vous essayer de faire l'extraction.

Si vous ne parvenez pas à entraîner le placenta entier, vous le dilacérez un peu, vous le coupez avec le doigt en deux ou trois morceaux, et vous pratiquerez alors l'expression abdomino-vaginale.

Les doigts sont mis dans le cul-de-sac postérieur ; ils le dépriment et s'appliquent par leur face palmaire sur la paroi utérine ; ils exercent donc sur la matrice une pression de bas en haut et d'arrière en avant.

L'autre main placée sur l'hypogastre déprime fortement la paroi abdominale relâchée par l'anesthésie ; avec les doigts recourbés en crochets et avec la paume de la main on appuie sur le fond et sur la face antérieure de l'utérus d'avant en arrière et de haut en bas.

L'organe se trouve ainsi saisi, puis comprimé : le placenta traverse alors facilement le canal cervical devenu rectiligne ; il tombe chassé comme un noyau de cerise dans le creux de la main qui est dans le vagin.

Avantages du curage digital. — Les partisans lui trouvent une grande simplicité de technique, il n'exige aucun instrument.

Une inocuité absolue : Le doigt est une curette sensible et intelligente, il accommode sa forme et sa courbure aux variétés de placenta, la force à dépenser au degré d'adhérence, et pendant toute l'opération contrôle l'intégrité de la paroi utérine.

On peut lui opposer nombre d'objections.

La simplicité est toute apparente ; il est impossible à

exécuter sans anesthésie complète et profonde, mais répondent ses fidèles, l'anesthésie est nécessaire pour pratiquer le toucher utérin qui doit précéder toute intervention ; en ville, elle est souvent indispensable pour mener à bien un curettage ; donc le reproche ne s'adresse pas au curage digital seul : c'est un fait avéré. Cependant toute anesthésie est dangereuse et elle l'est davantage dans les cas où l'on a affaire à une femme infectée et affaiblie. Parfois odieuse à la famille, la narcose nécessite un aide, c'est une complication ajoutée à une opération qui doit rester simple. Une méthode qui pourra s'en passer contiendra un progrès.

Le gros avantage de la méthode c'est qu'elle ne nécessite aucun instrument mais, nous l'avons vu, les doigts chargés du curage ont à lutter contre deux anneaux l'un fibreux, l'autre musculaire ; dès lors, ils seront fatigués, gauches, malhabiles lorsqu'ils auront pénétré dans l'utérus au moment même où ils doivent opérer la besogne la plus délicate.

Le décollement est facile lorsqu'on peut faire usage de trois, quatre doigts mais dans un avortement de deux à trois mois, par exemple, on ne peut faire pénétrer que deux doigts, condition éminemment défavorable.

L'extraction du placenta est souvent difficile : Si vous avez pu introduire deux doigts, dit M. Budin, vous laissez le placenta entre les deux doigts que vous recourbez un peu pour l'entraîner au dehors. Si les deux doigts pouvaient s'opposer et prendre le placenta entre leurs faces palmaires respectives la prise serait bonne ;

mais saisir et maintenir ce corps mou qu'est le placenta entre la face palmaire d'un doigt et la face dorsale de l'autre doigt situé en dessous est chose bien malaisée.

Recourber les doigts en croche, en harpon est plus facile à exécuter, mais il est très possible de laisser échapper un cotylédon; de même la pratique de M. Budin « l'émiettement » du placenta en deux ou trois morceaux dans les cas où l'on ne peut parvenir à l'entraîner tout entier n'est pas d'une exécution facile : les doigts bridés par les parois utérines, serrés aux commissures par l'anneau de contraction se meuvent lentement et surtout dans le plan frontal particularités rendant le morcellement pénible et long.

Si dans la majorité des cas on arrive, en abaissant fortement l'utérus, à mettre son fond en contact avec les doigts, parfois ceux-ci ne peuvent atteindre le fond de l'organe; on a affaire soit à un utérus géant, à un col considérablement allongé, à un utérus insuffisamment abaissé; le fait est fréquent chez les primipares surtout si la malade mal endormie ne présente pas un relâchement complet de la sangle abdominale.

Mais, comme le fait remarquer Audebert, même si l'on arrive au fond, le doigt ne pénètre pas au fond des angles ce qui est une lacune et laisse derrière lui des fragments placentaires.

Enfin, dernier argument. Pour pratiquer un bon curage digital, il faut absolument avoir les doigts nus, l'usage des protecteurs, des gants n'est guère possible, il dimi-

nue trop la netteté des sensations, l'immense avantage de la méthode.

L'opérateur dès lors est infecté : si les inoculations personnelles sont rares, il n'en demeure pas moins un danger d'infection et le fait a son importance s'il a des femmes en travail à examiner, ou à pratiquer quelque autre opération aseptique.

Du curettage instrumental.

Le curettage a été longtemps et est encore très employé pour extraire un placenta infecté. Certains le pratiquent d'emblée d'autres, ainsi que l'ont conseillé Chalcix-Vivie et Audebert, le font précéder d'un curage digital.

En tout cas, s'il est le complément d'un curage, il exige l'anesthésie.

Dès lors, il est passible du reproche d'opération compliquée, sinon (en cas d'infection légère), il faut deux opérations séparées par un laps de temps variable.

Les objections qu'on a élevées contre le curettage ont été signalées plus haut ; certaines ont plus de valeur quand il s'agit d'un utérus *post abortum*.

Le curettage expose à la perforation de l'utérus. La curette, et même la curette large, arrondie à son extrémité, la seule qui convienne à l'utérus puerpéral est un instrument aveugle dont on ne peut mesurer la force, le degré de pénétration.

Elle agit surtout en s'insinuant entre le placenta et

la paroi utérine et en soulevant comme un levier le placenta de son insertion ; c'est, en un mot, un véritable déchaussement du placenta. Or, si la manœuvre peut être contrôlée à chaque instant dans le curage digital où l'extrémité des doigts apprécie la résistance de la paroi, la profondeur à laquelle on a pénétré, la curette, elle, ne nous donne que des sensations extrêmement vagues.

Le curettage produit des hémorragies. Si une part de ces phénomènes revient, comme nous l'avons vu plus haut, à la paralysie ou plutôt à l'atonie utérine, une autre cause, et très fréquente de ces hémorragies, c'est l'insuffisance du curettage et la rétention d'une partie du placenta.

La curette souvent ne produit pas « le mouvement de levier » et l'opérateur à son insu racle un lambeau de placenta croyant parcourir la paroi utérine : dès lors, il pratique un véritable avivement, désagrège les caillots obturateurs, ouvre les voies à l'hémorragie.

Or rien n'est plus difficile que de différencier la consistance du placenta de la consistance molle et friable de la paroi utérine ramollie. Ici plus de cri utérin pour avertir le praticien qu'il est parvenu à son but : aussi l'erreur est elle fréquente chez les débutants, et en pratique cette notion est très importante, l'hémorragie après un curettage doit faire naître des doutes sur la complète évacuation de l'utérus.

Voici une des grandes accusations dressées contre le curettage instrumental. Il est souvent insuffisant et inutile et il n'est pas rare de voir le lendemain rejeter

dans l'eau des injections, des débris de placenta ou de membrane, le fait peut arriver après un toucher utérin consciencieux et même après le curage digital, mais il s'est produit surtout dans les cas où l'on n'avait pas suivi ce précepte capital : de toujours contrôler le travail de l'instrument avec les doigts et de comparer les sensations perçues avant et après l'opération.

Enfin si après le curettage d'un utérus infecté, on note fréquemment le frisson de réinfection, il n'est pas l'apanage exclusif du curettage. Sa signification et sa prophylaxie ont été déjà étudiées.

CHAPITRE III

MÉTIIODE NOUVELLE

EXTRACTION DU PLACENTA AVEC LES PINCES

Un grand nombre d'instruments ont été utilisés dans ce but. Nous citerons la pince à faux germe de Levert (ressemblant à un forceps de Pajot en miniature). Le crochet de délivrance de Dugès, l'érigne et la ruginé de Dewès de Philadelphie.

En 1894, eut lieu une grande discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin sur l'emploi des pincees dans l'extraction du placenta ; à la suite de nombreux accidents arrivés avec les modèles de pincees dont on se servait alors (déchirures de l'utérus et pincement consécutif de l'intestin ; la majorité des auteurs se prononça contre leur emploi.

A l'heure actuelle cette méthode est encore frappée d'un ostracisme immérité. En effet grâce à l'emploi de la pince-mouchette de M. Bonnaire nous possédons un instrument pratique et inoffensif, et qui, dans le cas de rétention placentaire rend des services inappréciables.

Description de la pince-mouchette

C'est une curette double articulée ; elle comprend deux branches, chacune d'elles est formée d'une curette fenêtrée de forme ovulaire se continuant par un manche terminé par un anneau de pince.

La curette comprend elle-même une face externe mousse et arrondie, des bords mousses, non tranchants, une face interne lisse sur la branche droite, striée de cannelures sur la gauche.

La surface de l'instrument qui doit longer les parois utérines dans toute leur hauteur est donc émoussée et arrondie en tous sens de manière à prévenir toute lésion ou perforation ; de plus, la curette et son manche sont sur le même plan et ne forment pas un angle de 135, 140^{es} comme dans certaines curettes c'est un des avantages de l'instrument.

L'articulation constitue une particularité originale. La branche droite non cannelée porte un pivot, la branche gauche une encoche. On peut ainsi introduire séparément chaque curette comme une branche de forceps et les articuler ; mais pour rendre l'articulation permanente l'encoche peut s'obstruer en faisant glisser à l'aide d'un bouton molleté, placé près de l'anneau de la branche gauche, une mince tige d'acier.

Dès lors, la pince est constituée ; en tirant la tige de commande l'encoche s'ouvre, on désarticule et la branche gauche cannelée constitue une excellente curette.

Dans un modèle plus récent, M. Bonnaire a fait ajou-

ter un cran d'arrêt permettant, lorsqu'on a fait une bonne prise, de la maintenir solidement et automatiquement pendant qu'on tire sur la pince.

Les avantages de la pince-mouchette sont incontestables :

1° Elle réduit au minimum les dangers de perforation ; en effet, par sa construction, sa forme ovale épousant les contours de l'utérus, la convexité de sa face externe, l'émoussement de ses bords elle est incapable d'entamer les tuniques utérines ; ce n'est plus le bord mince et tranchant d'une curette qui va heurter le fond de l'utérus, mais la surface mousse et convexe formée par l'extrémité supérieure de la fenêtre.

Aussi plus que la curette peut-on la confier à des mains moins expérimentées.

Elle n'agit pas comme cette dernière en s'insinuant entre le tissu utérin et le placenta en le déchaussant pour détacher, mais prenant le placenta par sa surface fœtale ; elle le soulève et le tord, elle l'arrache de son insertion comme un jardinier arrache une plante en la prenant par la tige ; c'est une manœuvre bien moins dangereuse que le « coup de pioche » donné fatalement par la curette.

Utilisée comme curette, la branche gauche de la pince possède de par sa construction de sérieuses qualités ; la curette très mousse est parallèle à l'axe du manche ; elle rape doucement l'utérus ; les autres, au contraire, formant un angle avec le manche exposent beaucoup plus dans un mouvement de poignet un peu sec à l'entaille du muscle utérin.

Combien de fois avons-nous senti notre curette bloquée après une légère morsure de la paroi utérine ; dans ce cas, sans forcer, on essaie de la dégager en la soulevant, mais le traumatisme parfois minime n'en persiste pas moins ; avec la branche curette jamais cet incident ne nous est arrivé.

Les adversaires des pinces à extraction leur ont adressé plusieurs critiques.

1^o Elles sont dangereuses et exposent à la perforation ; nous avons montré l'inanité de l'objection en ce qui concerne la pince-mouchette ; mais la meilleure réponse est l'examen des faits :

Sur plus de deux milles extractions de placenta pratiquées avec la pince à la Maternité de Lariboisière on, n'a eu aucun accident à enregistrer.

2^o Il est bien difficile de distinguer le placenta de l'utérus ; ne peut-on avec l'instrument pincer le fond de l'utérus et même l'abaisser d'où traumatisme des parois, hémorragie, parfois même amorce d'inversion utérine ?

Le danger est théorique. La pince-mouchette est construite de telle sorte que ses extrémités s'adaptent exactement aux parois utérines et ne saisissent que les caillots ou les débris qui font saillie sur l'endomètre.

Jamais on a eu à déplorer pareil fait depuis l'introduction de cet instrument absolument comparable à une tenaille qui ne mord pas sur une planche lisse mais qui accroche solidement un clou qui dépasse.

3^o La pince agit sur les grosses masses placentaires mais laisse les petits débris les fragments de placenta ou de caillots, sans doute, mais la branche curette per-

met le nettoyage de l'utérus et le coup de balai final est donné par l'écouvillon.

Enfin la pince est brutale ce n'est pas une pince intelligente comme l'extrémité digitale ; c'est le seul argument incontestable et vrai, on peut lui répliquer par cette formule rigoureuse : Toute extraction placentaire avec la pince-mouchette sera précédée, accompagnée et suivie du toucher intra-utérin.

Le placenta enlevé, quelle conduite tenir vis-à-vis de l'endomètre ?

Elle dépend en grande partie du mode opératoire choisi.

Si l'on emploie la curette, il est clair que le complément de l'intervention est le raclage de l'utérus suivi d'une antisepsie vigoureuse.

Utilise-t-on la pince-mouchette ? Il est indiqué de la démonter et avec la branche de racler doucement la surface utérine pour y mobiliser les débris et préparer le terrain à l'écouvillon.

Par contre, les partisans du curage digital se divisent en deux.

Les temporisateurs (comme M. le professeur Pinard) extraient le placenta par le curage digital ; assurent l'antisepsie de l'utérus et ne pratiquent le curettage que quarante-huit heures après, si la température ne tombe pas ou tend à remonter.

Les interventionnistes d'emblée (M. Champetier de Ribes) font systématiquement le curettage instrumental après le curage digital.

Quel procédé adopter ?

Il faut considérer deux cas :

Utérus des deux premiers mois.

1° L'utérus est petit, le doigt a du mal pour gratter la paroi utérine et même pour pénétrer dans l'orifice utérin (Lepage).

2° Le placenta n'est pas localisé. Il ne constitue pas une masse sur laquelle le doigt puisse agir d'une manière nette et, au contraire, la curette racle mieux la surface interne.

3° La curette est d'autant meilleure (Hartmann) que l'utérus non encore ramolli lui fournit un plan solide et résistant qui permet à son action d'être beaucoup plus efficace.

La pince-mouchette est généralement trop volumineuse pour y manœuvrer à l'aise ; aussi avec tous les chirurgiens préconisons-nous la curette dans ces utérus-là.

Utérus de deux à six mois.

La cavité utérine s'agrandit, à trois mois elle est haute de 9 centimètres, à quatre mois de 10 centimètres.

La pince-mouchette sera alors l'instrument de choix ; nullement dangereuse elle ne présente pas les inconvénients du curettage et réunit tous ses avantages ; l'important est de suivre une bonne technique.

TECHNIQUE

La femme est mise en travers du lit en position obstétricale et les jambes confiées à des aides ou liées à des étriers mobiles.

La vulve et le vagin nettoyés au savon, une injection vaginale est donnée et l'on dispose les champs, un sous le siège, un sur le ventre, deux sur les cuisses.

L'opérateur touche d'abord et se rend compte de l'état du col. S'il est insuffisamment dilaté on le dilate aux bougies d'Hégar ; s'il est perméable il pratique le toucher intra-utérin.

La main gauche déprime la paroi abdominale par l'intermédiaire du champ et abaisse l'utérus pendant que l'index et le médius pénètrent dans la cavité, l'explorent et renseignent sur l'aspect et la grosseur des masses à enlever, leur répartition dans l'utérus, leur adhérence.

Enfin il permettra de se rendre compte de l'état des parois, de reconnaître une entame de la paroi musculaire, une perforation utérine, elle commande d'emblée l'hystérectomie, c'est de plus une constatation très importante, car elle dégage la responsabilité du médecin avant l'intervention, aussi est-ce non seulement une indication absolue mais encore une précaution indispensable que de pratiquer le toucher utérin avant d'entreprendre une opération sur une infectée puerpérale.

L'anesthésie est-elle indispensable pendant l'opération ?

Si l'on n'a pas affaire à une femme excessivement nerveuse elle est inutile, la manœuvre de la pince n'est pas douloureuse, ce qui l'est, c'est l'abaissement de l'utérus et le travail intra-utérin des doigts, or, ici abaisser l'utérus et introduire simplement deux doigts est chose aisée ; l'exploration de la cavité est rapide-

ment conduite et on ne la répète guère plus de trois fois pendant toute l'opération, aussi peut-on se passer de la narcose.

Le col dilaté, une des lèvres, la postérieure, est saisie avec une pince de Museux à quatre mors (lorsqu'on le peut, on saisira chaque lèvre avec une pince) une traction modérée mais soutenue tend le col et l'introduction des instruments dans l'utérus est singulièrement facilitée.

La pince est confiée à un aide mais on peut très bien s'en passer et opérer absolument seul comme le montre M. Bonnaire chaque année à ses stagiaires. On passe alors un lac dans l'anneau de la pince et l'opérateur le noue derrière le cou et par son intermédiaire exerce indirectement sur le col une légère traction.

La main gauche avec trois doigts déprime la commissure postérieure ; il est inutile, sauf exception, de compliquer la technique par l'adjonction d'une valve.

La pince-mouchette est introduite fermée dans le col et amenée au fond de l'utérus d'après les indications données par le toucher ; d'ailleurs au bout de quelque temps on distingue nettement si l'on est sur du placenta ou sur le fond de l'utérus d'après les sensations perçues par le contact de l'instrument. On fait manœuvrer la pince, on tire à soi puis on regarde ce que l'on a amené et l'on recommence la manœuvre.

Dans certains cas (gros morceau de placenta facile à percevoir) on introduit les deux branches successivement comme celles d'un forceps, puis le fragment placentaire bien saisi, on articule et on procède à l'extraction.

Lorsque celle-ci paraît en bonne voie, ce qu'on reconnaît par l'examen des débris et la sensation qu'on a d'opérer plus librement dans une cavité qui se déterge, on pratique pour la deuxième fois le toucher intra-utérin et l'on vérifie la besogne accomplie.

S'il ne reste plus rien d'appréciable, la pince est désarticulée la branche curette gauche est saisie, le pouce passé dans l'anneau, l'index et le médius allongés sur le manche, on le tient ainsi avec beaucoup de délicatesse.

Un curetage soigneux et doux fait avec cette curette mousse parachève l'extraction des petits débris placentaires; l'opérateur alors pratique un écouvillonnage à la glycérine créosotée, puis un attouchement iodé suivi d'une injection vaginale et d'une toilette périnéale.

Sauf indications absolues il ne draine pas et ne laisse pas de mèche dans l'utérus ni dans le vagin; la vulve est protégée par un pansement aseptique maintenu par un bandage en T.

Enfin la médication par la quinine, la glace sur le ventre, tels sont les adjuvants du traitement.

Le lendemain et les jours suivants on renouvelle le pansement iodé jusqu'à la chute complète de la température.

Le frisson de réinfection si fréquent après l'extraction est évité en ayant soin de faire le badigeonnage iodé préventif de tous les débris utérins putréfiés dont les germes vont être mis en mouvement par l'extraction. Les remarques faites plus haut à ce sujet s'appliquent également ici.

I

INFECTION POST PARTUM

A. — OBSERVATIONS DE SÉRUM PETIT

N. B. — Toutes ces observations concernent des malades entrées à la Maternité de Lariboisière dans le service de notre excellent maître M. le Dr BONNAIRE pendant notre internat.

Observation I (A).

INFECTION PUERPÉRALE TRAITÉE UNIQUEMENT PAR NEUF APPLICATIONS DE SÉRUM.

M^{me} K. . . , Eugénie, 27 ans, primipare, entre le 14 mars 1906 à 11 heures du matin.

Température à l'arrivée : 38°4.

Le travail dure depuis trois jours. A l'examen M. Bonnaire constate un bassin justo-minor D. promontopubien : 11 cm. 5 — 9.

Grossesse à terme, sommet engagé en G A.

Dilatation 2 francs. Coldur épais, membranes rompues depuis la veille 8 heures du matin. Bruits du cœur : faibles, irréguliers. Liquide teinté. Inertie utérine.

Application de l'écarteur Tarnier avec pression de 1.100 grammes.

A 10 heures du soir, l'état est stationnaire la dilatation est parvenue à 5 francs ; il n'y a plus aucune contraction mais inertie utérine absolue. Les bruits du cœur fœtal ont disparu depuis 5 heures. La température est de 38°9. Le pouls : 108.

M. Bonnaire décide l'intervention :

Dilatation bimanuelle. Perforation de la tête avec le Blot et basiotripsie.

L'enfant pesait 3 k. 970. Déchirure légère du périnée.

Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 700 grammes. Injection intra-ovulaire oxygénée, intra-utérine d'eau bouillie chaude puis iodée. Ergotine, 10 centimètres cubes de collargol intra-veineux prophylactiquement aussitôt après l'opération.

Le 15 mars. — A 1 heure du matin, la malade à un frisson[°] de 15 minutes. Température : 41°6. Pouls incomptable. A 4 heures du matin, température : 38°8. Pouls : 150 ; à 7 heures, température : 37°7. Pouls : 116 ; à 9 h. 1/2, vessie de glace sur le ventre. Injection intra-utérine iodée le soir. Benzon aphtol, 2 grammes

Soir, température : 38°4. Pouls : 124.

Le 16 mars. — Matin, 38°5. Pouls : 116. Injection intra-utérine iodée. Quinine deux cachets de 75 centigrammes. Trois injections intra-utérines iodées. Purgation.

Soir, 39°. Pouls : 116.

Le 17 au matin. — Température : 38°2. Pouls : 88. Utérus mou, largement perméable. Injection utérine iodée, vaginale oxygénée. Quinine 50 centigrammes. Garde-robes abondantes et fétides.

Localement, la déchirure du périnée et le vagin sont recouverts d'eschares grisâtres avec fausses-membranes,

Le col est également entouré d'une couronne de fausses-membranes grisâtres.

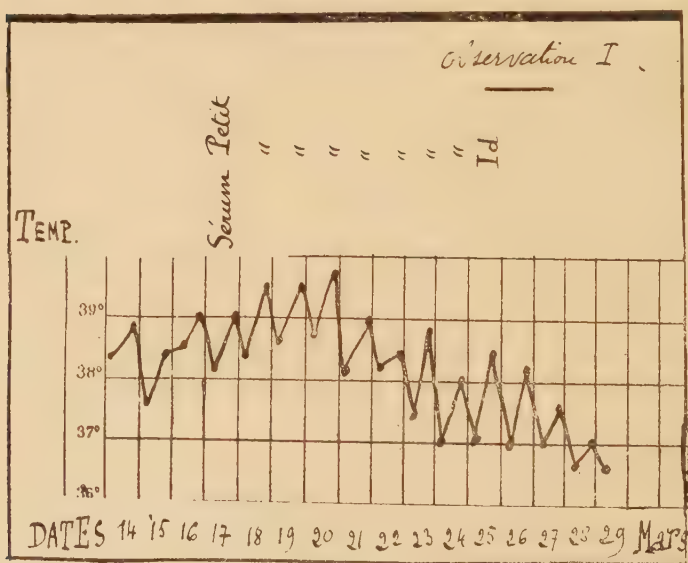
La lèvre postérieure très œdématisée remplit presque complètement le champ du spéculum.

Palper. — L'utérus est très volumineux, mou, non douloureux. Les lochies sont peu abondantes.

A midi, M. le Dr Petit pratique lui-même la première application du sérum leucocygène.

Au moment de l'application la température est à midi, 38°,2 ; à 3 heures, 39° ; à 6 heures, 39° ; à 9 heures, 39° ; à minuit, 39°.

18 mars. — La malade a bien reposé cette nuit. A pris avec grand appétit deux potages, deux œufs, poulet, champagne, lait.



Ce matin odeur très fétide. Entérocluse à l'eau bouillie de deux litres. Garde-robes abondantes et fétides. Charbon de Belloc.

A 1 heure du soir, je retire la mèche.

La plaie vagino-périnéale est détergée sauf quelques eschares avec points de sphacèle grisâtres.

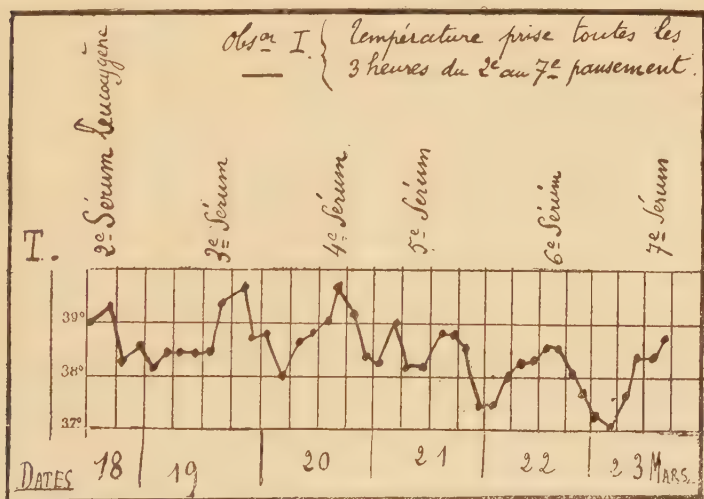
On note de nombreux bourgeons charnus roses et très vasculaires car en nettoyant avec des tampons montés il s'écoule une certaine quantité de sang.

Le col est plus rose, mais encore très mou.

Deuxième pansement au sérum. La température avant le pansement est: à 3 heures matin, 38°; à 8 heures matin, 38°6; à 1 heure soir, 39°2; à 4 heures, 39°5; à 7 heures, 38°5; à 10 heures, 38°9.

19 mars. — Matin, 38°6.

La malade a bien reposé toute la nuit. L'état général est bon. Le matin entérocluse de 2 litres.



Troisième application de sérum.

Le pansement enlevé il s'écoule un liquide purulent très fétide. Il existe encore des eschares avec plaques de sphacèle grisâtres.

Le col est plus rouge. J'essuie la plaie avec des tampons secs; il s'écoule une certaine quantité de sang bien rouge.

Par le palper on sent l'intérus à deux travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic, il est encore mou mais non douloureux; vessies de glace.

La température avant le sérum est 38°3 à 1 heure du matin ; 38°4 à heures du matin ; 39°6 à 4 heures du soir ; 39°8 à 7 heures ; 38°6 à 10 heures ; 38°7 à 1 heure du matin.

20 mars, matin. — La malade a bien reposé.

Abcès en voie de formation à la région fessière, compresses chaudes. Bon appétit. Urines abondantes. Entérocluse de 2 litres.

A 4 heures : quatrième pansement. La plaie vagino-périnéale est nettoyée. Au col quelques eschares recouvertes de fausses membranes. Écoulement purulent abondant. Abcès formé au niveau de la fosse ischio-rectale.

La température avant le pansement est : à 4 heures du matin, 38°2 ; à 7 heures, 38°7 ; à 1 heure soir, 39°2 ; à 4 heures, 39°7 ; à 7 heures, 39°4 ; à 10 heures, 38°6 ; à 1 heure matin, 38°2.

21 mars. — La malade se trouve plus fatiguée.

M. Petit fait un cinquième pansement à 11 heures du matin. Il retire la mèche fortement imbibée d'un liquide séro-purulent, très épais et très fétide. Les eschares ont presque totalement disparu. Le col est rosé ; avec des tampons secs on ramène encore des débris sphacelés. Après le pansement, incision de l'abcès situé au niveau de la fosse ischio-rectale. Pus très abondant et très fétide.

Température au moment du pansement : 39°, 4 heures matin ; 38°3, 7 heures matin ; 38°2, 11 heures matin ; 38°9, 1 heure soir ; 38°9, 4 heures soir ; 38°5, 7 heures soir ; 37°5, 10 heures soir ;

22 mars. — La malade a bien dormi, uriné abondamment.

Sixième pansement. — La plaie vagino-périnéale est détériorée, rosée, écoulement purulent abondant encore fétide.

Température soir : 38°4. Pansement de l'abcès. Peu de pus.

23 mars. — Matin : 37°6 ; soir : 38°8, septième application.

24 mars. — Matin : 36°8 ; soir : 38°2, huitième application.

L'utérus a diminué de volume ; il est plus dur. Le drain de l'abcès est enlevé.

25 mars. — Matin : 36°9 ; soir : 38°5, neuvième pansement à 4 heures du soir.

Léger écoulement purulent quand on retire la mèche.

26 mars. — Matin : 37° ; soir : 38°4. Les compresses sont changées, elles sont encore légèrement imbibées de liquide séro-purulent. Injection utérine oxygénée.

27 mars. — Matin : 37° ; soir : 37°8. Injection utérine oxygénée. L'écoulement purulent est plus abondant.

28 mars. — Matin : 36°8 ; Soir : 39°9. Écoulement moins abondant ce matin.

29 mars. — Matin : 36°8 ; soir : 37°. Utérus volumineux encore perméable.

La malade part le 30 sur sa demande. Sa convalescence s'est achevée sans incidents, et elle était complètement rétablie un mois après.

Observation II (A).

ESCHARES VAGINALES ET VULVAIRES TRAITÉES PAR LE PERBORATE, LE PERHYDROL ET QUATRE APPLICATIONS DU SÉRUM LEUCOCYGENE.

N..., Juliette, 33 ans, Ipare, reçue le 29 mars 1906. Pertes blanches au début de la grossesse, accouche le 1^{er} avril d'une fille morte, de 3 k. 750.

Injection intra-ovulaire oxygénée. Un heure trente après,

délivrance artificielle pour hémorragie. Placenta inséré bas. Déchirure du périnée, s'étendant dans le vagin. Points de suture sur le périnée Injection utérine iodée. Sérum, caféine, huile camphrée.

Les jours suivants injections vaginales oxygénées.

7 avril soir. — Température: 38°2. La plaie périnéale est grisâtre recouverte de fausses membranes. Ablation des fils. Les eschares sont détergées, touchées à la teinture d'iode puis recouvertes de poudre de perborate de soude.

8 avril. — Matin, 37°4 M. Bonnaire examine la plaie périnéale et fait un attouchement des eschares au perhydrol au tiers.

Le soir, 37°3. Injections vaginales.

9 avril. — Matin, 36°6 ; soir, 37°8, même traitement.

10 avril. — Matin, 36°8 ; soir, 37°4. La plaie a mauvais aspect, est recouverte de fausses membranes blanchâtres épaisses.

Première application du sérum leucocygène.

11 avril matin. — La plaie est plus rose, les fausses membranes ont disparu en partie.

Soir. — Température, 36°8. Je retire quelques membranes blanchâtres, épaisses, deuxième application du sérum.

13 avril. — Troisième application.

15 avril. — Quatrième pansement. Les eschares vulvaires vont très bien. Le pansement est laissé pendant vingt-quatre heures. Les plaies sont rosées, en très bon état.

Le 19 avril. — La malade sort tout à fait bien mais il lui faudra une périnéorrhaphie secondaire

Observation III (A).

ENDOMÉTRITE TRAITÉE PAR LE CURETTAGE ET L'ÉCOUVILLONNAGE ET CINQ APPLICATIONS DE SÉRUM LEUCOCYÈNE.

B..., M..., 28 ans, primipare, accouchée spontanément et à terme chez une sage-femme agréée, d'un enfant vivant, délivrance complète et naturelle trois heures après.

Amenée dans le service au septième jour des suites de couches. A eu un frisson la veille au soir.

Le 14 mars. — Examen de M. Bonnaire qui constate :

Déchirure profonde du releveur anal ;

Œdème très accentué des petites et des grandes lèvres. Eschare de la vulve, du vagin et du col. Utérus mou, perméable.

Sur ses indications, je pratique un curettage suivi d'écouvillonnage. Avivement des eschares touchées ensuite à l'iode. Poudre de perborate.

Température : matin, 38°6 ; soir, 39°1 ; quinine, 75 centigrammes.

15 mars. — Matin, 38°1. Injection utérine oxygénée. Perborate sur les eschares. Calomel, 1 gramme.

La plaie périnéale est couverte de fausses membranes grisâtres, et dans le fond stagne un peu de liquide séreux louche.

Le col entouré de couennes est largement ouvert. L'utérus mou arrive à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A 3 heures pansement au sérum leucocyène par M. Petit suivant sa technique habituelle.

Avant l'application du sérum, frottis sur lame avec le liquide qui suintait sur la surface périnéale.

Avant l'application : 4 heures soir, 38°3 ; 7 heures, 38°1 ; 10 heures, 37°5 ; 1 heure matin, 36°8 ; 4 heures, 37°5 ; 7 heures, 37°1.

16 mars. — Matin, 37°1. La malade a transpiré, elle se trouve bien.

Deux heures du soir, température, 38°9.

M. Petit enlève la mèche à 3 heures. Elle est imbibée d'un liquide crémeux, puriforme, rependant une odeur très fétide de fermentation.

La surface périnéale est parsemée de fines membranes moins grisâtres laissant apercevoir entre elles de très petits ilots formés de bourgeons charnus.

Le col est plus rouge et présente également des bourgeons tranchant sur le fond pâle des couennes.

Nouveau pansement par la palpation abdominale, l'utérus est moins volumineux.

REMARQUE. — La malade présente des crevasses profondes et étendues des deux seins. L'allaitement est supprimé.

Avant l'application : 3 heures soir, 38°9 ; 6 h. 30, 39° ; 9 heures, 38°1.

17 mars. — Une heure matin, 38°1 ; 4 heures matin, 30°1 ; 7 heures matin, 37°.

La malade a bien reposé. A une heure de l'après-midi, température : 38°. M. Petit retire à 3 heures la mèche imbibée du liquide puriforme.

Les plaies périnéale et vaginale sont détergées. Les eschares éliminées en grande partie, les fausses membranes ont disparu et, à leur place, se montrent de très nombreux bourgeons charnus rosés, le col plus rouge, plus dur a tendance à se refermer.

À la commissure gauche se voient encore quelques fausses membranes grisâtres.

L'utérus a diminué.

Troisième pansement au sérum.

Température avant l'application, à 3 heures, 38° ; 6 heures, 38°6 ; 9 heures, 37°8 ; minuit, 37°8 ; 3 heures matin, 37°3 ; 7 heures, 36°8.

18 mars. — Je pratique le quatrième pansement mais auparavant je constate la disparition complète des eschares remplacées par des surfaces bourgeonnantes et rosées de bon aspect. Il reste sur la plaie quelques grains de sérum gonflés, devenus blanchâtres ; le col est encore perméable, complètement modifié, rosé.

Température avant le pansement. A 4 heures, 37°4 ; 7 heures, 38° ; 10 heures, 37°8 ; 1 heure matin, 37°5 ; 4 heures, 36°8 ; 7 heures ; 36°8.

19 mars matin, 36°8 ; 4 heures soir, 37°2.

Cinquième application.—La plaie est bien rosée, le col est normal, l'utérus a diminué de volume. La consistance est normale,

La malade a un bon état général et commence à avoir plus d'appétit.

Les jours suivants la température reste normale.

Injections vaginales oxygénées matin et soir.

25 mars. — La malade part en bon état.

Observa'ion IV (A)

INFECTION PUERPÉRALE POST PARTUM TRAITÉE LOCALEMENT PAR :

a) Un écouvillonnage suivi d'un attouchement iodé. — b) Puis par le sérum. Quatre pansements. — c) Injections intra-utérines oxygénées et injections de collargol.

M^{me} B..., Julie, 35 ans, sténographe, primipare, est accouchée en ville, d'un garçon pesant 4 kilogrammes. Rupture prématurée des membranes six jours avant l'accouchement.

D'après la sage femme le travail a été lent mais régulier. Aussitôt après la sortie de l'enfant il s'est écoulé un liquide chocolaté épais et très fétide.

Une heure et demie après, hémorragie très abondante. Le placenta n'étant pas décollé tentative infructueuse de délivrance par la sage-femme. Arrachement du cordon.

Délivrance artificielle par le Dr Jeannin et curage de la cavité utérine suivi d'un attouchement iodé.

Presque aussitôt les lochies sont été fétides le pouls très fréquent 120 à 140. La température oscillant entre 37°4, 57°8, et 38°. Lavages utérins matin et soir à la liqueur de Labarraque et à l'iode.

La malade est prise quelques jours après de frissons très fréquents et très prolongés.

L'état général s'aggravant elle entre à la maternité de Lari-boisière.

Le 20 mai. — A midi la température est de 39°. Le ventre est ballonné. L'utérus gros, mou, est largement perméable. Eschares vulvaires et vaginales grisâtres. (Le périnée a été déchiré).

On pratique une injection utérine iodée suivie d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée. Attouchement iodé. Le ventre devient de plus en plus ballonné. Glace sur le ventre. Lavement, 500 grammes de sérum strychnine (1 milligramme pour 500 grammes de sérum).

A 9 h. 1/2 du soir frisson. Il dure quarante-cinq minutes avec une température de 40° et est suivi de nausées.

Température à minuit 38°6; à 4 heures matin, 37°7.

Le 21 mai. — à 8 heures du matin, 37°. P. : 104, à 8 h. 30 frisson de réinfection avec température de 40·3. 500 grammes de sérum strychniné. Entéroclyse de 2 litres.

Deux injections utérines iodées suivies d'un attouchement à l'iode à 12 0/0.

Température prise à 8 heures du soir, 37°6 ; minuit, 37°8 ; 4 heures du matin, 37°4.

22 mai. — Les eschares du périnée et du vagin ne vont pas mieux malgré la poudre de perborate et les attouchements iodés successifs.

Elles sont recouvertes de couennes grisâtres.

10 heures matin. — Pansement au sérum leucocytogène, par M. Bonnaire.

Température avant le pansement, 40°3.

Température prise toutes les quatre heures ;

A midi, 38°5 ; à 4 heures soir, 40° ; à 8 heures, 37°8 ; à minuit, 36°8.

La malade a un peu reposé ; a eu des sueurs très abondantes pendant la nuit. Entéroclyse. Champagne. Café.

23 mai. — Deuxième application de sérum. A 4 heures du matin, 37° ; 8 heures, 39°7, P., 152 ; à 11 heures du matin température avant, 39°7 ; à midi, 40·2 ; à 4 heures du soir 40°7, P., 176 ; à 8 heures, 39°7 ; à minuit, 38°1.

La malade a eu des sueurs abondantes. A 11 heures du matin, injection intra-veineuse de 10 millimètres cubes de collargol à 1 0/0 par M. Bonnaire.

Pas de frisson de réaction.

La malade a reposé. Champagne. Café. Lait.

24 mai. — Troisième pansement au sérum pratiqué à 9 heures du matin.

Température à 4 heures du matin, 37°3 ; 8 heures, 37°9, P., 124 ; midi, 38°3 ; 4 heures du soir, 38°6 ; 8 heures, 39°5 minuit, 38°8.

Entéroclyse, malade agitée pendant la nuit, 250 grammes de sérum strychniné.

25 mai. — Quatrième pansement.

Température, 4 heures matin, 38°2 ; 8 heures, 38°5, P., 140 ; avant le pansement, 38°5 ; à midi, 37°6 ; à 4 heures soir, 38°2 ; à 8 heures, 38°2 ; à minuit, 38°6.

Les eschares vont mieux, la plaie est moins grisâtre ; 250 grammes de sérum artificiel strychniné. Entéroclyse de 2 litres.

Café. Champagne. Viande crue.

La malade a reposé.

26 mai. — Les eschares ont un aspect meilleur, la plaie est détergée. Quatre injections utérines oxygénées dans les vingt-quatre heures ; 250 grammes de sérum strychniné. Entéroclyse de 2 litres.

Température prise toutes les quatre heures : 4 heures matin, 39°4 ; 8 heures, 38°2, P. : 128 ; midi, 40°3 ; 4 heures du soir, 39°5 ; P. : 144 ; 8 heures, 39°7 ; minuit, 37°7.

La malade a eu des sueurs abondantes cette nuit et a un peu reposé. Café. Champagne. Viande crue.

27 mai. — Quatre injections utérines oxygénées ; 250 grammes de sérum strychniné.

Température : matin, 36°9 ; P. : 116 ; soir, 38°3 ; P. : 120.

La malade a assez bien reposé.

28 mai. — Les eschares du périnée et du vagin ont disparu. Quatre injections utérines oxygénées.

Température : matin, 37°8 ; P. : 128. La malade va mieux, soir, 39°.

29 *mai*. — Même traitement. Température matin 38°5 rectale
P. : 128. La malade repose bien. Le soir, température 49°1 ;
P. : 132.

30 *mai*. — Même traitement. Le matin, 36°8 ; P. : 100. La
malade a bien reposé.

La température prise toutes les quatre heures oscille entre
36°6 et 37°5.

31 *mai*. — Même traitement. Température normale.

1^{er} *juin*. — Température normale.

La malade part le 4 juin.

B. — OBSERVATIONS D'ATTOUCHEMENTS IODÉS SEULS

Observation I (B)

D..., Joséphine, 25 ans, ménagère I pare, O. I. G.A, entre à
la maternité le 13 janvier 1906 à 3 heures de l'après-midi ; les
membranes se sont rompues au-dessus de l'orifice le 13 janvier
à 11 heures du matin.

Le 14 à 3 heures du matin, forceps en G. A. pour modification
des bruits du cœur. Enfant vivant de 2.980 grammes.

Délivrance naturelle et complète.

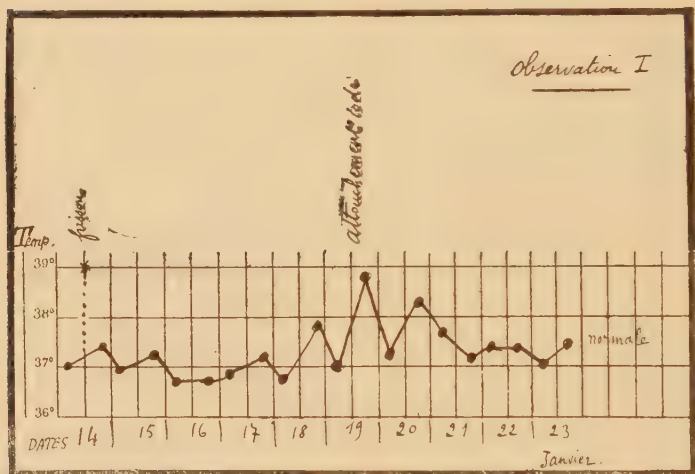
Déchirure latérale droite du col et du périnée, 2 points de
suture au catgut sur le col. Périnée refait au catgut.

Température après l'accouchement, 39° ; à 5 heures du matin
37°.

Le 18 *janvier soir*. — Température, 37°8. Pouls, 100. Utérus
douloureux, dur. Injection vaginale oxygénée. Vessie de glace.
Quinine, 0 gr. 50.

Le 19 janvier matin. — Temp. : 37°. P. : 72. Injection vaginale. Le soir, 38°8, aussitôt attouchement iodé. Poudre d'iodoforme sur le périnée. Pas de frisson.

Le 20 janvier. — Temp. : 37°1. Le soir, 38°1. Injections vaginales oxygénées. Glace. Poudre d'iodoforme sur le périnée.



Le 21 janvier matin. — T. : 37°6 et le soir 37°. Injections vaginales oxygénées. Poudre de perborate. La température est normale. Les fils sont enlevés le 23 janvier. Le périnée n'a pas repris. On continue le perborate.

La malade part sursa demande le 26 janvier.

Observation II (B)

N..., Marie-Louise, 29 ans, employée de commerce, III pare, accouchement spontané le 20 janvier 1906, délivrance naturelle complète vingt-cinq minutes après,

26 janvier. — Température du soir, 37°6.

27 janvier. — Le matin, 38°5. Injection intra-utérine iodée; il s'écoule un peu de sang. Utérus mou, à 10 heures du matin grand frisson de quinze minutes avec température de 40° et pouls à 138. Pas de dyspnée, pas de pâleur de la face. La malade ne se sent pas trop mal.

A 1 heure du soir, temp. 37°6; à 4 h. 1/2, temp., 36°7. Injection utérine iodée. La malade se sent bien.

A 5 h. 1/2, une heure après l'injection, la malade a un frisson d'une durée de dix minutes avec une température de plus de 40°. Pouls, 136.

A 8 h. 1/2 du soir, température, 38°.

Le 28 janvier, 8 heures du matin. — Température, 39°4. Utérus mou. Pouls, 104.

A 11 h. 1/2 attouchement iodé, n'a pas eu de frisson. Céphalée.

Le soir, 38°7. P., 104.

Le 29 janvier. — Le matin, 38°1. P., 96.

Le soir, 38°8. P., 100. Purge, quinine.

Le 30 janvier. — Matin, 37°. P., 96. Injection vaginale oxygénée. Le soir, 37°9 P., 92.

Le 31 janvier. — Matin, 37°. P., 84. Injection vaginale oxygénée. Le soir, 37°2. P., 92.

Le 1^{er} février. — Matin, 36°8. P., 80. Injection vaginale oxygénée. Soir, 37°. P., 84.

Le 2 février. — Matin, 36°8. P., 84. Injection vaginale oxygénée. Le soir, 36°8, P., 84.

La malade va tout à fait bien; n'a pas eu un seul frisson et pas d'élévation de température depuis son attouchement iodé.

La température et le pouls sont normaux les jours suivants.

La malade part le 25 février en très bon état

Observation III (B)

T..., 24 ans, cuisinière, accouche le 21 mars sans antiseptie préalable à peine arrivée, à la Maternité.

Délivrance naturelle complète dix minutes après.

Injection utérine iodée. Nuage d'albumine.

Le 24 mars. — Température : 38°. Le soir, injection intra-utérine iodée.

Le 25. — Température : 37°. Le matin, purgation, injection intra-utérine iodée matin et soir. Le soir : 37°5.

Le 26 au matin. — 36°8. Le soir ; 37°9. Utérus de consistance normale, non douloureux, anteversé. Eschares vulvaires.

Attoucement iodé de l'utérus et des eschares.

Le 27. — Attoucement iodé des eschares.

La malade part le 4 avril avec un nuage d'albumine.

Observation IV (B)

J... L..., 28 ans, domestique, I, pare, accouchée en ville seule sans soins, arrive le 15 mai 1905 à 7 h. 1/2 du soir.

Délivrance artificielle à 10 h. 30. Placenta adhérent.

Délivrance complète avec membranes déchirées.

Le 18 mai. — Frisson le soir. Température : 38°4. Injection utérine iodée.

Le 19. — Frisson le matin. Injection utérine iodée, purgation.

Le 20. — Température le soir; 39°2, sans frisson, attouchement iodé et mèche iodée.

Le 21. — Température au matin : 37°. La malade a passé une bonne nuit ne souffre pas. Lochies fétides, attouchement iodé.

Le 22. — Température normale : 37°2. Lochies encore fétides. Injections vaginales à l'eau oxygénée.

Le 23 mai. — Même état, odeur moins forte. Injection, eau oxygénée.

Le 24. — Température normale. plus d'odeur. Injection vaginale à l'eau oxygénée. Les jours suivants, température normale.

Sortie en bon état le 27 mai.

Observation V (B)

C..., Joséphine, 30 ans, domestique, I, parc. Grossesse à terme O.I.G.A. membranes rompues en ville: accouchement spontané le 2 novembre.

Délivrance artificielle pour hémorragie.

Injection utérine iodée et traitement hémostatique.

Le 4 — Température le soir, 37°6 le matin, 37°.

Badigeonnage iodé de la cavité utérine et mèche de gaze iodée. Quinine. Glace.

L'utérus est dur et douloureux.

Eschares vaginales touchées à l'iode.

Le 5. — température, 37°4. Le soir, 38°8: Même traitement, attouchement iodé.

Les 6 et 7. — Injections vaginales. Température normale. Glace.

Le 8. — La glace est supprimée.

Attouchement des eschares à l'iode. Mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

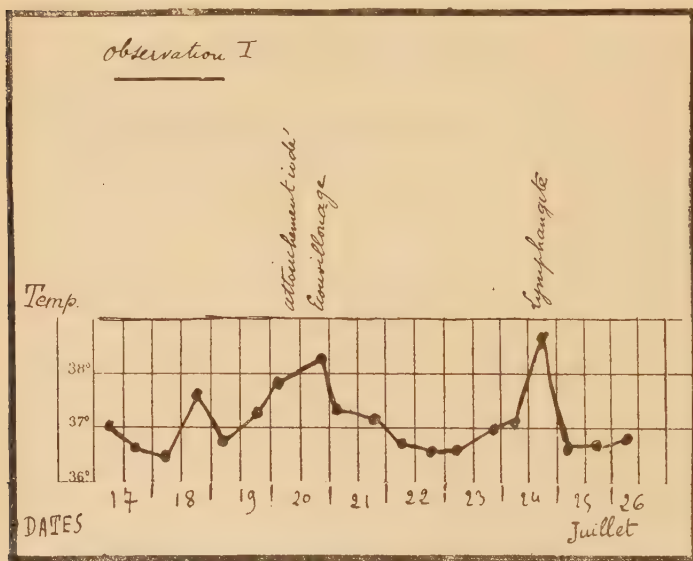
Partie guéri le 20 novembre 1905.

C. — OBSERVATIONS D'ATTOUCHEMENTS IODÉS AVEC ÉCOUVILLONNAGE

Observation I (C)

C..., Alice, 29 ans, confectionneuse, II pare, reçue le 16 juillet. O.I.D.P. Dilatation de 5 francs; membranes intactes; accouchement spontané.

Délivrance naturelle : membranes déchirées.



Le 20 juillet. — Température : 38° et lochies fétides. Attouchement iodé et trois heures après écouvillonnage à la glycérine créosotée. Injection utérine iodée : Deux heures après l'écouvil-

lonnage la malade a eu sans frisson une température de 39°.

Pouls : 128.

Le 21 juillet. — Utérus gros, non douloureux, de consistance normale. Eschares vulvaires. Injection intra-utérine oxygénée.

Ces injections sont continuées pendant deux jours.

Le 24. — Lymphangite du sein gauche. Ensuite température normale.

Sort guérie le 27.

Observation II (C).

C..., Henriette, 25 ans, domestique, II pare, grossesse de 7 mois 1 2, membranes rompues en ville à 2 heures du matin. Accouchée à 8 heures le 5 janvier 1906.

Délivrance naturelle complète. Placenta 320 grammes. Injection utérine iodée.

Cause de l'accouchement prématuré : Insertion basse du placenta.

Le 7 janvier. — Matin, 38°1. Utérus non douloureux. Céphalée.

Injection utérine iodée. Quinine, 50 grammes.

Température le soir, 38°6. Écouvillonnage à la glycérine créosotée.

Extraction de débris fétides. Utérus dur, non douloureux.

Vessie de glace sur le ventre, quinine, 75 centigrammes.

Le 8 janvier. — Température matin, 36°8; soir, 37°3.

Injection utérine oxygénée, 75 centigrammes de quinine. Glace sur le ventre.

9 janvier. — Température normale.

Sortie guérie le 16 janvier.

Observation III (C).

R..., Madeleine, 20 ans, cuisinière, 1^{er} pare, grossesse de 8 mois. Reçue le 20 janvier. Sommet engagé en D. P. Membranes rompues depuis huit jours en ville. Dilatation de 2 francs.

Température à l'entrée, 37°7. Contractions irrégulières toute la journée. Accouche le 21 janvier à 1 heure du matin.

Délivrance naturelle trente minutes après.

Placenta œdématisé pesant 670 grammes, membranes déchirées incomplètes. Injection utérine iodée.

24 janvier. — Rétention de membranes. Avait hier soir, 37°8. Utérus mou, douloureux. Injection utérine iodée. Vessie de glace. Eschares vulvaires.

Le matin, 37°4, même traitement. L'utérus est moins douloureux. L'injection utérine a ramené quelques débris de membranes fétides.

3 h. 1/2 soir, 37°5. Attouchement iodé. Trois heures après écouvillonnage à la glycérine créosotée. Injection vaginale oxygénée ayant ramené quelques débris membranés.

Deux heures après : Température, 38°2, sans frisson. Pouls, 116; 50 centigrammes de quinine.

25 janvier. — Matin, température, 37°; P. 80. Injection vaginale oxygénée.

Le soir, 37°7. Injections vaginales.

Le 26. — Matin, 37°8. Injections vaginales à la liqueur de Labarraque.

Les eschares vont mieux.

Les jours suivants température normale.

La malade sort en bon état le 3 février 1906.

Observation IV (C)

G... Émilie, 25 ans, teinturière, I pare. Accouchement spontané le 21 février.

Délivrance naturelle complète une heure après.

Le 24 février Soir. — Température : 38°3. Utérus mou, douloureux. Injection utérine iodée. Glace sur le ventre.

Le 24 février. — Matin : 37°6. Injection utérine iodée. Glace. Soir : 38°. Injections utérines iodées. Quinine, glace.

Le 26. — Le matin : 37°1. Le soir : 37°7.

Le 27. — Le matin : 37°6. Le soir : 38°7, attouchement iodé. Écouvillonnage à la glycérine créosotée. Utérus mou.

Le 28. — Le matin : 37°2. Le soir : 38°2. Nouvel attouchement iodé.

Le 1^{er} mars. — Matin : 36°8. Le soir : 37°2 puis les jours suivants température normale.

Bon état à la sortie le 8 mars 1906.

Observation V (C)

M... Claudia, 33 ans. Lingère, II pare, forceps à la vulve pour modification des bruits du cœur le 14 mars.

Une heure dix après, délivrance naturelle. Rétention d'une petite partie des membranes. Injection utérine iodée. Petite hémorragie à la délivrance.

17. — Soir : 38°4. Eschares vulvaires. Utérus de consistance normale non douloureux. Injection vaginale oxygénée. Intra-utérine iodée, expulsion de membranes dans l'injection.

18. — Température, 37°2. Injections vaginales oxygénées attouchement iodé des eschares. Injection utérine iodée ayant ramené des membranes fétides.

19 mars. — Dans l'après-midi, écouvillonnage à la glycérine créosotée; extraction de lambeaux de membrane. Température: 37°9. Eschares vulvaires. Poudre de perborate.

Le 20 mars. — Température matin: 37°; soir: 37°4. Injections vaginales, matin et soir à l'eau oxygénée. Plus de fétidité. Les eschares vont mieux.

Part en bon état le 25 mars.

Observation VI (C).

L..., Augustine, 26 ans, infirmière. Accouchement normal le 6 mars.

Délivrance naturelle et complète.

S. d. C. Le 12 mars. — Température : 38°8. Utérus antéfléchi. Rétention de lochies. Écouvillonnage iodé et tampon abdominal pour redresser l'utérus.

Le soir : 38°8 ; pas de frisson.

Le 13 mars. — Température matin : 37°4. Le soir : 37°8. Injections utérines matin et soir à l'eau oxygénée. Pas de fétidité.

Le 14 mars. — Température : 36°8 ; soir : 38°2. Injection utérine oxygénée, pas de fétidité.

Le 15 mars. — Température : 38°. Attouchement iodé. Température soir : 37°8.

Le 16 mars. — Température : 36°6 ; soir : 37°. Injections vaginales à l'eau oxygénée.

Le 18. — Point de congestion pulmonaire, il cède avec des ventouses scarifiées, il explique la brusque ascension (38°4).

La température redevient normale. Les lochies sont normales.

La malade part guérie le 27 mars.

Observation VII (C).

Ch..., 22 ans, cuisinière, I pare, reçue le 14 avril, grossesse de huit mois. Σ roséole et plaques muqueuses.

Le 15. — Accouchement en S. I. G. A. d'un garçon présentant du phemphigus généralisé qui a vécu 10 minutes.

Délivrance naturelle, placenta incomplet. Rétention d'un cotylédon placentaire; revision immédiate de l'utérus et extraction de quelques petits cotylédons.

Injection utérine iodée.

Le 20 avril. — Température : 39°. Attouchement au perhydrol. Écouvillonnage au perhydrol.

Le 21. — Température : 38°6. Injection utérine et vaginale oxygénée. Utérus anteversé non douloureux, lochies sans odeur. Soir : 38°2.

Les jours suivants température normale. Injections vaginales.

La malade sort guérie le 27 avril 1905.

Observation VIII (C).

N..., Marie, 20 ans, domestique, I pare, reçue le 30 avril à 3 heures du matin, OIGA, dilatation de 5 francs, mais poche des eaux rompue en ville.

Forceps à la vulvè. Extraction d'une fille de 3.000 grammes. Délivrance naturelle et complète dix minutes après. Placenta, 480 grammes. Injection utérine iodée.

S.d. C. *Le 3 mai* à 4 heures du soir. — Température 39°5. Injection utérine iodée; 75 centigramme de quinine. Purgation.

Le 4. — Température, 37°6 matin et soir. Deux injections iodées.

Le 5. — Température le matin, 37°. Injections iodées. Quinine: 300 grammes de sérum. Injections vaginale. Le même jour après son injection de sérum à 3 heures la malade a un frisson avec une température de 40°5; à 5 heures; 37°4. Injection utérine iodée.

Le 6 au matin. — Température de 38°3. Injection utérine iodée. Écouvillonnage au perhydrol au tiers. Peu de débris. Température deux heures après, 38°7; P., 120; pas de frisson. Quinine. Sérum.

Le 7 mai. — T.: 37°4; P., 110. Les eschares sont presque guéries. Injection vaginale oxygénée. Soir, 38°6; P., 110. Injection utérine oxygénée.

Le 8 mai. — Le matin. Injection utérine oxygénée. Utérus très perméable. Lochies sans odeur. Le soir écouvillonnage au perhydrol au tiers. Pas de débris. Aucune odeur. Pas de frisson de réinfection.

Le 9 et le 10 mai. — Injections utérines matin et soir à l'eau oxygénée.

Les jours suivants injections vaginales.

La malade sort guérie le 23 mai.

Observation IX (C).

T..., Elise, 27 ans, III pare, reçue le 20 mai à 11 h. 1/2. Grossesse à terme. Sommet en GA. engagé. Dilatation : 1 franc. Membranes intactes.

Accouchement spontané. Délivrance naturelle, membranes déchirées.

S. d. C. *Le 25 mai.* — Température, 39°3, le soir avec douleur utérine et fétidité des lochies. Injection iodée et 75 centigrammes de quinine.

Écouvillonnage à la glycérine perboratée et glace sur le ventre.

Le lendemain la température est à 36°8. Le soir à 37°6. Injection iodée; 75 centigrammes de quinine.

Les jours suivants température normale.

Sort sur sa demande le dixième jour.

Observation X (C).

N..., Augustine, 46 ans, couturière, XVI^e pare, accouche le 20 juillet à terme : membranes rompues à l'hôpital, 40 minutes après. Délivrance naturelle mais rétention d'une partie de la caduque et du chorion.

22 juillet. — Injection utérine iodée. Pas d'expulsion de membranes.

23 juillet. — Injection utérine à la liqueur de Labarraque.

25 juillet. — Température soir, 39°. Utérus dur, douloureux. La malade n'a pas expulsé de membranes. Injection utérine iodée. Céphalée. La malade dit avoir eu un frisson. Écouvillonnage à la glycérine créosotée. On ramène des débris assez nombreux. Injection utérine iodée. La température est retombée à minuit à 37°9.

Le 26. — Injection utérine iodée.

Le 28. — Température matin, 38° ; soir, 38°6. Attouchement iodé fait à l'iode à 12 0/0. Écouvillonnage à la glycérine créosotée.

sotée trois heures après. Température : 38°8. Pas de frisson de réinfection. Injection utérine iodée.

Du 29 au 31. — Deux injections utérines oxygénées matin et soir.

A partir du 1^{er} août, température normale. injections vaginales.

Part guérie le 6 août.

Observation XI (C).

N..., Louise, 21 ans, domestique, 11 pare, entre le 29 septembre O. l. D. P., à terme engagée. Membranes rompues en ville. Accouchement spontané. Délivrance naturelle complète. Placenta 500 grammes. Injection utérine iodée car la température après l'accouchement est de 38°6.

Le 2 octobre. — Soir, température : 38°. Lochies fétides. Ventre douloureux. Utérus dur Injection utérine iodée. Vessie de glace.

Le 3 octobre. — Lochies légèrement fétides. Utérus non douloureux. Injection utérine iodée, vaginale à la liqueur de Labarraque. La vessie de glace est enlevée. Température, matin ; 37, soir : 38°.

Le 4 octobre. — Lochies fétides. Température matin : 37°4. Attouchement iodé, puis trois heures après écouvillonnage à la glycérine créosotée, pas de frisson de réinfection. Température : 37°6 Deuxième attouchement iodé le soir. Température, soir : 37°8.

Le 5. — Le thermomètre oscille autour de 37°5 ; le 6, la température est normale et s'y maintient jusqu'à la sortie de la malade : le 13 octobre.

Observation XII (C)

C..., Eugénie, II pare, accouchement le 4 octobre provoqué à 8 mois 1/2 par l'écarteur Tarnier, pour bassin rétréci D : P° pubien 8,8 après déduction.

Deux tentatives de forceps au D. S. Version. Délivrance artificielle pour inertie utérine, membranes complètes, petite déchirure du col au niveau du promontoire ayant détaché un lambeau de col pendant dans le vagin.

Injection utérine iodée.

Le 8 octobre. — Lochies fétides, Température, soir : 38°3. Écouvillonnage à la glycérine créosotée ayant ramené des débris de membranes.

Injection utérine iodée.

Le 9 octobre. — Température, matin : 38°. Deux injections utérines iodées. Vessie de glace sur le ventre.

Le thermomètre redescend progressivement à la normale et l'atteint le 12 octobre.

Le 15 octobre. — La malade part en bon état.

D. — EXEMPLES DE DRAINAGE UTÉRIN

Observation I (D).

B..., Henriette, 18 ans, couturière, I pare, accouche naturellement le 10 février 1905. Délivrance naturelle complète.

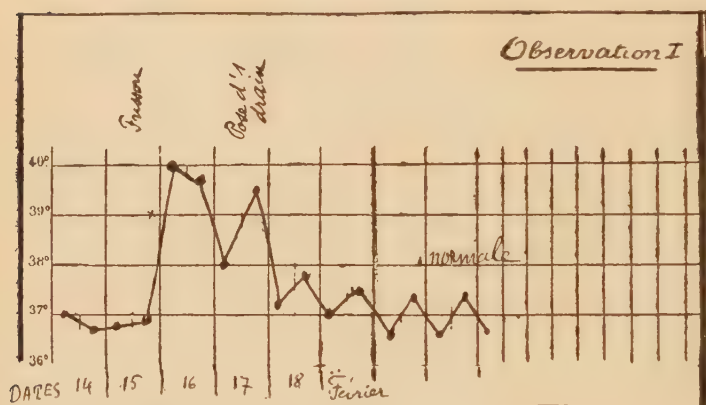
Du 10 au 15. — Température normale.

Dans la nuit du 15 au 16 février (5^e jour), à 4 heures du

matin, frisson avec 39°4. Malade réchauffée. Todd. Linges chauds.

Le 16 février. — 40°. Injection iodée ; quinine. Le soir ; 39°8. Injection utérine oxygénée.

Le 17. — Matin, 38°, P., 92. Injection utérine oxygénée, étant donné l'antéversion de l'utérus et le faible écoulement lochial, pose d'un drain à ailettes. Le soir, 39°4 et pouls, 96.



Le 18. — Matin, 37°2. P., 80. Injections oxygénées de 4 litres dans le drain. Quinine. La malade a bien reposé. Le soir, 37°6. P., 92.

Le 19. — Matin, 37°. P., 88. Injection oxygénée. Écoulement lochial assez abondant.

Le soir, 37°4. P., 88.

Le 20. — Bon écoulement lochial. Température normale.

Le 21. — Température normale. Le drain est enlevé.

La malade part guérie le 25 février.

Observation II (D).

M..., Suzanne, 22 ans, laveuse, III pare, accouchement spontané le 9 mai 1906 à 8 mois 1 4. Délivrance naturelle complète. Injection utérine iodée.

Le 11 mai. — Température du soir, 38°8. Utérus dur, non douloureux, attouchement iodé. Quinine.

Le 12 mai. — 37°3. Attouchement iodé à 3 heures du soir avec l'iode à 12 0 0. Température deux heures après, 37°5.

A 5 heures du soir : Écouvillonnage à la glycérine créosotée, extraction de caillots.

L'utérus étant en antéflexion, un drain à ailettes a été posé. Température deux heures après, 38°8.

Le 13 mai (matin). — Température, 36°8. Injection utérine oxygénée. Température normale.

Expulsion du drain dans la nuit.

La malade part guérie le 21 mai.

Observation III (D).

B..., Eugénie, 33 ans, blanchisseuse IV pare, reçue le 20 novembre à 2 h. 1/2 du soir. Accouchée et délivrée en ville par une sage-femme le 15 novembre.

A l'arrivée lochies extrêmement fétides, utérus gros et très antéversé. Rétention de lochies.

Température: 39°2. P. 140. Injection utérine oxygénée.

A 6 heures du soir. — Curettage et écouvillonnage à la glycérine créosotée, extraction de gros débris de caduque très fétide.

des. Injection utérine iodée. Drainage, glace sur le ventre. Quinine, 75 centigrammes. Température soir, 39°. P., 140.

21 novembre. — Température matin, 37°3. P., 112 ; soir, 39°5. P., 108.

Injection utérine oxygénée dans le drain. Glace. Utérus dur non douloureux en antéverson lochies moins fétides ; peu abondantes.

22 novembre. — Température matin, 37°4. P., 96 ; soir, 37°2. P., 100.

Injections utérines iodées trois fois par jour. La fétidité existe toujours un peu. Écoulement lochial très peu abondant. Utérus en antéverson. Rétention de lochies, on retire le drain à tête plate et l'on pratique un deuxième écouvillonnage à la glycérine créosotée, glace sur le ventre.

Le 23 novembre et jours suivants. — La température est normale. Injections utérines iodées. Glace. Les lochies ne sont plus fétides et ne sont pas retenues.

Le 27 novembre. — On supprime la glace et les injections intra-utérines. La malade sort le 30 novembre en bon état.

Observation IV (D).

Il..., Juliette, 22 ans, ménagère I pare : Bassin justominor de 9 centimètres de diamètre promontopubien.

Accouchement spontané le 9 novembre 1905 à huit mois et demi. Délivrance naturelle et complète.

Injection intra-utérine iodée.

Le 10 novembre. — Température soir, 37°8.

Le 11 novembre. — Température matin, 37°4.

Injection utérine iodée : le soir, 38°8. P., 96.

Utérus mou douloureux, dur. Injection utérine iodée. Quinine. Glace.

Le 12 novembre. — Matin température 37°. P., 84.

Injection utérine iodée. Vessie de glace. Le soir, 37°4.

Du 12 au 18. — La température ne dépasse pas 37°6. La glace est continuée et l'on s'en tient aux injections vaginales.

Le 18 novembre. — Les lochies sont fétides. Utérus largement perméable. La température du soir est de 37°8. Injection vaginale au permanganate et utérine iodée ; deux heures après un frisson avec température de 39°5.

Le 19. — Matin température, 37°1.

Attouchement iodé à la solution forte 12 0/0.

Trois heures après écouvillonnage à la glycérine créosotée ; puis nouveau badigeonnage et drain. Il n'y a pas de frisson de réinfection. La température le soir est de 38°1. Le pouls est à 116.

Le 20 novembre. — Matin : 36°8 ; soir 37°4. Pouls 88. Injections utérines oxygénées dans le drain ; lochies moins fétides. Écoulement lochial abondant, presque plus fétide.

Le 21 novembre. — Temp. matin : 37° ; soir 37°4. Injections utérines iodées, plus de fétidité. Utérus gros et dur. Glace en permanence.

Le 22. — Matin : 36°8 ; soir 37°2. Le drain est expulsé spontanément ; l'utérus est toujours en antéversion gros et dur. On met un deuxième drain.

Les jours suivants la température est normale, écoulement lochial abondant. Le drain est enlevé ; l'utérus régresse normalement. On continue les injections utérines jusqu'au 25.

Le 26 novembre. — La malade, tout à fait bien, conservant un utérus gros, sort sur sa demande.

Observation V (D).

D... Joséphine, 23 ans, ménagère, 1 pare. Bassin juto-minor ; diamètre P^o sous-pubien est de 10, 1 = 8,6. Travail provoqué le 18 juillet à 8 mois à l'aide du ballon Tarnier ; et de l'écarteur Tarnier ; accouchée trente-deux heures après au forceps d'un enfant vivant de 2,750 grammes ; Délivrance naturelle et complète, une heure après.

S. de C. *Le 24 juillet.* — A 8 heures du matin. Température de 37°6 ; au moment de la visite, 39°. Injection utérine iodée à 1 heure du soir ; utérus antéfléchi, volumineux, mou dans lequel on pénètre facilement. Le soir : 40°2, P. : 130. Écouvillonnage à la glycérine créosotée ; ne ramène rien. Drainage avec un drain à grosse tête. Injection utérine iodée.

Le 25 juillet. — Matin : 38°, P. : 120. Le soir : 39°6 P. : 140. Injection utérine dans le drain. Vessie de glace. Utérus gros et dur, non douloureux.

A 8 h. 1/2 du soir ; expulsion spontanée du drain derrière lequel s'écoule une grande quantité de lochies foncées, pas très fétides. Nouvelle intra-utérine.

26 juillet. — Température, matin : 37°8, P. : 96 ; soir : 38°6 P. : 108.

Injection utérine iodée. Crayons d'iodoforme intra-utérins. Lochies normales. Utérus moins dur toujours antéfléchi. Glace sur le ventre.

27 juillet. — Matin, 37° ; P., 96. Soir, 38°6 ; P., 108.

Lochies normales, même traitement.

28 juillet. — Matin, 36°8 ; P., 80. Le soir, 38°4 ; P., 120.

Attouchement iodé puis écouvillonnage. Pas de frisson.

Les jours suivants la température et le pouls tombent.

même traitement. Deux injections intra-utérines oxygénées. Crayons d'iodoforme dans l'intervalle. Glace sur le ventre. L'utérus n'est plus perméable le 2 août.

La malade sort en bon état le 7 août 1905.

E. — OBSERVATIONS DE CURETTAGE ET ÉCOUVILLONNAGE

EXEMPLES DE FRISSON DE RÉINFECTION

Observation I (E).

Ph..., Philomène, 24 ans, domestique, I pare, accouchée et délivrée en ville.

Le 23 février. — Délivrance artificielle trois heures après l'accouchement pour hémorragie. Elle perd abondamment encore à son arrivée à l'hôpital. Main dans l'utérus. Extraction de gros caillots. Température à l'arrivée, 36°5 ; pouls 78, petit. Injections utérines chaudes puis iodées. Utérus bien rétracté, ne perd plus. Linges chauds. Todd. Ergotine.

Température, 37°2. Pouls, 104, bien frappé. Facies bon.

24 février. — Soir, 38°2. Utérus peu douloureux. Rétention de membranes. Lochies fétides. Utérus dur.

Badigeonnage à l'iode à 12 0'0, puis à 3 heures, badigeonnage iodé, extraction de membranes. Quinine.

25 février. — Matin, 39°2. Injection utérine iodée. Glace sur le ventre. Pas de frissons. Utérus dur, rétracté.

Le soir, 38°6. Injection utérine iodée.

26 février. — Matin, 38°2. Utérus mou, largement perméable, non douloureux ; fétidité des lochies. Injection utérine iodée. Vessie de glace.

3 heures soir. — Ecouvillonnage glycérine créosotée. Poudre de perborate sur les eschares.

Le soir, 36°8.

27 février. — Température : matin, 36°6. Injection utérine, eau oxygénée. Poudre de perborate sur les eschares. Suppression de la glace.

Soir, 37°7. Injection utérine iodée.

28 février. — Matin, 36°6 ; soir, 37°4. Injections utérines oxygénées. Poudre de perborate sur les eschares.

1^{er} mars. — Température normale. Plus de fétidité. Les eschares vont mieux.

Poudre de perborate.

Le 6 mars. — La malade sort guérie.

Observation II (E).

V..., Rosalie, 24 ans, domestique, 1^{er} pare, reçue le 16 avril 1905 à 8 heures du matin. Grossesse de 8 mois en O. I. D. P. ; dilatation de 2 francs ; membranes intactes.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète.

Accouchement spontané, fille, vivante, 2500, à midi.

Délivrance naturelle et incomplète quinze minutes après.

Placenta 350 grammes. Injection utérine iodée.

Rétention de caduque.

Le 19 avril. — Elle a une température de 38° le soir. Injection utérine iodée. Expulsion de débris membraneux Sulfate de quinine, 0 gr. 50.

Le 20. — Matin, 37°2. Le soir, 38° ; à 8 heures frisson de dix minutes avec 39°6.

Le 21. — Température, 37°4. Pouls, 90. Injection utérine et vaginale oxygénées. Utérus perméable, non douloureux.

Expulsion de quelques débris dans l'injection. Lochies peu abondantes, un peu fétides. Température le soir 38°8.

Injections utérine et vaginale à la liqueur de Labarraque à 6 heures du soir. Curettage.

Attouchement immédiat au perhydrol au tiers. Extraction avec la grosse curette des membranes fétides très adhérentes. Écouvillonnage au perhydrol au tiers deux heures après l'opération 39°8, sans frisson.

A partir du 22 avril, injections vaginales.

La malade sort en bon état le 29 avril.

Observation III (E).

V.... Catherine, 38 ans, I pare, albuminurique, entre à la Maternité le 4 mai à 8 heures du matin. Grossesse à terme O. I. D. P, très engagé, dilatation complète. Poche des eaux, rompue en ville; violents efforts d'expulsion depuis 3 heures.

Forceps en O. P. extraction à 11 heures d'un enfant pesant 3.420; une demi heure après délivrance naturelle, placenta pesant 430 grammes. Rétention d'un peu de caduque; injection intra-ovulaire et utérine iodée.

Déchirure du périnée (Épisiotomie latérale droite) et fistule recto-vaginale suture du périnée. On se contente de bourrer le vagin de gaze iodoformée opium.

Le 8 mai. — La malade est passée à l'isolement. Les jours suivants: un grand lavement et l'on change le tampon vaginal.

Le 12 (9^e jour). — Curettage. Extraction de quelques caillots.

Écouvillonnage avec le perhydrol au tiers: Périnée et fistule touchés avec le même perhydrol.

Température 2 heures après: 39°1. Pas de frisson: soir 39°1. Pouls: 208.

Les jours suivants on renouvelle le tamponnement à la gaze iodoformée. On donne de l'opium et, de temps en temps, un lavement. La plaie est touchée le 15 mai au perhydrol: elle a meilleur aspect. Les couennes tombent.

Le 18 mai. — Apparaissent de petites embolies déterminant une élévation de la courbe thermique. Elles guérissent par traitement médical.

Le 1^{er} juin. — La malade part en bon état mais sa fistule n'est pas guérie.

Observation IV (E).

J... Gilda, 36 ans, I pare. Grossesse à terme. Extraction en ville par le forceps d'un enfant macéré le vendredi 6 octobre à 10 heures du soir.

Les membranes furent rompues au moment de l'intervention; plusieurs tentatives de délivrance étant restées infructueuses, elle entre dans le service le 7 octobre à 11 heures du soir.

La température est de 39° P.: 160. La malade est manifestement syphilitique.

8 octobre. — Température du matin, 36°8. P.: 140; soir, 37°2 P.: 120.

Extraction à 8 heures du placenta énorme par morcellement avec la pince-mouchette. Curettage. Écouvillonnage à la glycérine. Injection utérine iodée. Bâtons d'iodoforme intra-utérins. Sérum.

Une heure après l'extraction du placenta frisson de 30 minutes avec 38°4 et 160 pulsations.

10 octobre. — Température. Le matin 38°2. Pouls : 120. Le soir, 37°2. P. : 108.

Injection utérine iodée, bâtons d'iodoforme utérins, matins et soir.

A 10 heures du matin, injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes de collargol. Elle produit 50 minutes après un frisson de 25 minutes avec une température de 40°5 et un pouls de 156.

A 4 heures : nouvel écouvillonnage.

Injection : ulérine iodée.

Jusqu'au 14 octobre. Deux injections utérines oxygénées par jour et des bâtons d'iodoforme dans l'intervalle.

Ensuite injections vaginales oxygénées.

La malade part le 23. Guérie. *

Observation V' (E)

L..., Marie, 25 ans, concierge, 1^{er} pare entre à la Maternité le 25 octobre, à 1 heure du matin O.I.G.A. engagé dilatation de 5 francs. Membranes rompues en ville la veille à 11 heures du soir. Procidence du cordon. Les bruits du cœur cessent peu à peu la réduction de la procidence. La dilatation se fait très lentement.

Le matin à 9 heures M. Tissier extrait par forceps, un enfant mort de 4 kg. 250.

Injection intra-ovulaire iodée.

Délivrance artificielle et revision de l'utérus. Injection utérine iodée.

Placenta : 650 grammes. Le col est déchiré sur le côté gauche détachant un grand lambeau sur sa partie antérieure. Température 38°4. Pouls : 104.

Le soir, temp. : 37°. Pouls : 90. La malade va bien, ne perd pas. Le tamponnement est retiré. Injections vaginales à l'eau oxygénée. Bâtons d'iodoforme dans le vagin.

26 octobre. — Matin : 37°5. P. : 95. La malade souffre légèrement du ventre. Utérus dur, douloureux à la pression. Injections vaginales oxygénées.

27 octobre. — Matin : 37°8. Le soir : 37°7.

Injections utérines iodées, vaginales à l'eau oxygénée 1 gramme de quinine en deux fois.

Le 28 octobre. — Matin 38°3. Utérus gros douloureux. Injection utérine iodée. Purgation ; soir : 39°1 P., 140.

A midi, attouchement iodé préalable (12 0'0) pas de frisson de réaction température avant l'attouchement, 38°4 ; prise deux heures après : 38°8.

A 3 heures curettage et écouvillonnage à la glycérine créosotée, extraction de quelques débris de caduque. Injection utérine iodée. Bâtons d'iodoforme intra-utérins. Quinine en injection sous-cutanée.

« Couennes » sur le col dans le vagin et à la vulve ; immédiatement après le curettage sensation de froid sans frisson. Température deux heures après : 39°1. Pouls : 140. L'utérus gros et mou avant le curettage se contracte fortement après et devient plus dur que normalement. Injection utérine iodée. Bâtons d'iodoforme matin et soir. Vessie de glace sur le ventre.

29 octobre. — Matin : 38°3. Pouls : 120. Soir : 37°4 P. : 120. Utérus très dur, non douloureux.

Injections utérines iodées avec bâtons d'iodoforme utérins

matin et soir. Couennes aussi étendues. Injections vaginales oxygénées. Vessie de glace quinine.

Température prise à 4 heures du soir : 37°3. P. : 116 ; à minuit : 37°9. P. : 130.

Se sent mieux. Peau moite. Aspect général bon.

30 octobre. — Matin, 37°3. P. : 112 ; soir : 37°8. Pouls : 108. Utérus moins dur qu'hier, non douloureux. Injections utérines et vaginales trois fois par jour à l'eau oxygénée neutralisée à cinq volumes. Un bâton d'iodoforme dans l'utérus matin et soir. Vessie de glace sur le ventre en permanence. Les eschares vont mieux, sont presque rosées, 50 centigrammes de quinine.

31 octobre. — Température matin, 37°5 ; P. : 104 ; soir, 38° P. : 112.

Les eschares vont mieux : trois injections utérines oxygénées à six volumes. Baton d'iodoforme *in utéro* matin et soir. Utérus encore dur, non douloureux, vessie de glace sur le ventre 75 centigrammes de quinine.

1^{er} novembre. — Même traitement. Température. matin, 37°2 ; P. : 100 ; soir 37°. P. : 96, même traitement : 25 centigrammes de calomel, Seiles normales. Régime lacté.

2 novembre. — Temp. matin : 37° P. : 104 ; 2 heures soir : 38° 6 P. : 112. Injections utérines iodées matin et soir avec crayons d'iodoforme. Utérus moins dur qu'hier, gros, non douloureux 75 centigrammes de quinine.

Le soir à 6 h. 1/2 frisson sans claquements de dents d'une durée de vingt minutes avec 39°9. P. : 140. Agitation.

3 novembre. — Temp. : 37° 6. P. : 120.

Le soir : 39° et P. : 160. Utérus gros, dur, non douloureux. Le col commence à se refermer. Légère éruption hydrargyrique

sur la face interne des cuisses ; les toilettes au sublimé sont interrompues.

L'accouchement iodé à (12 0/0) est pratiqué à midi 20. Température avant : 37°4. Pouls 116. Trois heures après : 38° P. : 120. Le curettage ne ramène rien, il détermine une hémorragie arrêtée par une injection utérine d'eau chaude puis iodée ; après un badigeonnage à l'iode à 12 0/0 une mèche de gaze iodoforme est introduite dans le vagin.

La température, deux heures après le curettage, est de 39°8 Le poids de 152. Il n'y a pas eu de frisson dans les heures qui ont suivi ; à peine une légère sensation de froid.

Les jours suivants la température et le pouls oscillent.

L'utérus est gros mais moins douloureux ; le traitement local est le même. Glace sur le ventre, injections utérines iodées matin et soir avec bâtons d'iodoforme dans l'utérus. Quinine. Calomel.

Le 10 novembre. — Injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes de collargol, elle est suivie d'une réaction violente, 40°8 et 156 de pouls. Cette injection est répétée le 13 sans frisson de réaction.

Du 21 au 26. Friction journalière à l'onguent de crédé.

Le 25. — On supprime les deux injections utérines et les bâtons d'iodoforme et on ne garde que les injections vaginales. L'utérus très petit et fermé ne permet pas l'introduction d'une canule utérine.

Le 28. — Apparition d'une *phlegmatia alba dolens* ; enfin la malade part complètement guérie le 29 décembre.

Observation VI (E).

P... Berthe, 28 ans, journalière, II pare, reçue à la Maternité le 6 juin à 6 h. 1/2 du soir.

Grossesse près du terme O. I. G. A. Engagée, dilatation 5 franc membranes rompues depuis le matin à 5 heures.

Accouchement spontané à 10 h. 1/2 du soir, 2.930 grammes.

Délivrance naturelle complète trente minutes après.

Placenta : 460 grammes. Injection utérine iodée.

S. de C. 9 juin (4^e jour des S. de C.). Température : 39°. Passée à l'isolement. Injection utérine iodée. Quinine, 0 gr. 50.

10 juin. — Température : 37°4. Utérus très perméable non douloureux ; lochies normales attouchement iodé à 9 heures. Curetage à midi précédé d'une injection intra-utérine iodée.

Extraction de nombreux caillots et débris de caduque. Écouvillonnage à la glycérine perboratée. Pas de frisson de réinfection ; deux heures après température : 37°8. 5 heures du soir, température : 37°4. Injection utérine iodée, vaginale au sublimé.

11 juin. — Température : 37°2. Injections vaginales seules.

Sort guérie le 18 juin.

II

INFECTIONS POST ABORTUM

AVORTEMENTS AVEC RÉTENTION PLACENTAIRE

EXEMPLES D'EXTRACTION PAR LA PINCE-MOUCLETTE SUIVIE DE L'ÉCOUVILLONNAGE

OBSERVATION I, n° du registre 818. — II pare. Avortement de 2 mois 1/2. Premier temps fait en ville le 15 juin. Arrivée à l'hôpital le 16 ; col fermé mais expulse encore des caillots. Température avant l'intervention le 19 juin, 38°2.

Extraction (4^e jour) de débris placentaires.

Écouvillonnage créosoté. Attouchement iodé.

Suites de l'intervention. — Le 19 juin au soir, 38°5, sans frisson. Le 20 juin au matin, 37°4, puis normal, part le 22. État à la sortie : Bon.

OBSERVATION II, n° 694. — III pare. Avortement de 3 mois. Premier temps fait en ville le 24 mai. Reçue le même jour. Rétention placentaire, 2 grammes de quinine. Température avant l'intervention le 25 mai au matin, température : 37°9.

Extraction du placenta (2^e jour). Écouvillonnage à la lavande. Injection iodée. Soir, température : 38°4.

Suites. — *Le 26 mai.* — Température matin : 38°. Température soir : 38°4. Nouvel écouvillonnage et attouchement iodé. Glace sur le ventre.

Le 27 mai. — Température normale. Part le 7 juin.

OBSERVATION III, 901. — III pare. Avortement de 1 mois 12 fait le 25 juin (?), perd des caillots; à l'arrivée le 3 juillet, température: 38°. Immédiatement extraction de débris (8^e et 9^e jour). Écouvillonnage à l'essence de lavande. Injection utérine iodée. Soir, température : 39°.

Suites. — Le lendemain température normale. Sort le 11 juillet.

OBSERVATION IV, n° 932. — I pare. Avortement de trois mois Premier temps fait en ville le 3 juillet. Entre le 6. Rétention placentaire, 39°2. Pouls rapide, fétidité, ventre douloureux.

Immédiatement pince-mouchette et écouvillonnage créosoté. Glace sur le ventre (3^e jour).

Suites. — 7 juillet. — Température matin : 37°. Température soir : 38°6. Glace. Injection utérine iodée, vaginale à la liqueur de Labarraque.

8 juillet. — Température : 39°; soir : 38°. Même traitement.

9 juillet. — Température : 36°8, soir : 38°4. Deuxième curetage et écouvillonnage à la glycérine créosotée. Extractions de débris fétides. 1 heure 20 après le curetage, frisson de dix-sept minutes avec température de 39°2. Glace. Injections utérines oxygénées et iodées.

10 juillet. — (37°6 — 37°8.) Lochies fétides. Injections utérines oxygénées.

11 juillet. — 37°6 puis normale les jours suivants. Injections vaginales. Sort guérie le 18 juillet.

OBSERVATION V, n° 1028. — V pare, syphilitique. Avortement de 2 mois 1/2 fait en ville le 17 juillet (?) Entre le 25, a eu une forte hémorragie. Température avant l'intervention : 36°8. P. : 110, fétidité.

Le 26 — Extraction de débris (9^e jour). Écouvillon créosoté. Injection iodée.

Le 27 juillet. — Soir : 39°6. Utérus dur, perméable, douloureux. Lochies fétides. Injection utérine iodée.

28 juillet. — Température matin : 37°6. Température soir : 38°2 ; lochies fétides. Écouvillonnage à la glycérine créosotée. Débris de membranes. Attouchement iodé.

29-30 juillet. — Température normale.

21 juillet. — Température : 37°4, soir 38°2, lochies fétides. Injections utérines iodées. 2 piqûres d'huile grise. Sort le 2 août.

OBSERVATION VI, n° 1103. — VII pare. Grossesse de 5 mois. Hémorragies depuis le 8 septembre. Œuf ouvert le 2 octobre.

Température le 4 octobre soir : 39°2. Petits frissons, hémorragies. Opérée le 5. Dilatation avec le Bossi. Pince-mouquette, écouvillonnage créosoté. Injection utérine iodée.

Les jours suivants température normale. Part en bon état le 15 octobre.

OBSERVATION VII n° 1155. — VII pare. Entrée le 16 octobre. Température : 37° mais, lochies fétides. Avortement de 3 mois, perd depuis le 5 octobre.

Le 17 septembre. — Température : 38° Pouls : 142, on sent dans le col des débris de placenta très fétides. Pince-mouquette Écouvillonnage créosoté. Iode et Iodoforme (2^e jour) Température le soir : 47°8. Pouls : 100. 50 grammes de quinine.

18 octobre. — Température normale. Injection utérine iodée. Les jours suivants, température normale, Injections vaginales. Part en bon état le 27 octobre.

OBSERVATION VIII, n° 1298. — II pare. Avortement de 3 mois. Premier temps fait en ville le 16 novembre. Entre le même jour pour rétention placentaire. Température : 36°5 ; P. : 108.

Le 17 novembre. — Température matin : 38°2 ; P. : 100. Extraction de débris. Écouvillonnage créosoté. Le soir : 38°2. Température normale les jours suivants. Sort en bon état le 26 novembre

OBSERVATION IX, n° 1350. — II pare. Avortement de 3 mois. Entre pour rétention placentaire le 27 novembre. Expulsion du fœtus le matin. Température soir : 37°8.

Le 28. — Température matin : 38°. Pince-mouquette et écouvillonnage créosoté.

Une heure après le curettage, frisson d'une durée d'un quart d'heure. Température : 39°1 ; P. : 108.

Le 29 novembre. — Soir température : 38°. Injections utérines iodées. Quinine.

Sort guérie le 6 décembre 1905.

OBSERVATION X, n° 1359. — III pare. Avortement de 3 mois environ. Premier temps fait en ville. Rétention placentaire.

Entre le 29 novembre. Température matin : 37°4. Injections chaudes. Quinine.

Température soir : 38°4. Extraction du placenta. Écouvillonnage.

Le 1^{er} décembre. — Au matin, température : 39°2. Injection intra-utérine iodée, glace. Soir, température : 39°3 ; P. : 120.

Utérus dur, peu douloureux. Nouveau curetage à la pince-mouquette. Écouvillonnage créosoté. Intra-utérine iodée. Drain.

2 décembre. — 37°8-37°5. Injection intra-utérine oxygénée. Bâton d'iodoforme. Quinine. Les jours suivants température normale. Sort guérie le 10 décembre 1905.

OBSERVATION XI, n° 126. — VI pare. Grossesse de 4 mois 1/2. Reçue le 27 janvier. Premier temps fait en ville le jour même. Rétention placentaire avec col refermé. Absence de contractions utérines. Température : 38°5.

Le 28. — Attouchement iodé, puis extraction à la pince-mouquette. Écouvillonnage créosoté. Température : 37°2. P. : 408.

29 janvier. — Température matin : 37°8. Injection utérine iodée.

Température soir : 39°4. P. : 116. Injection utérine iodée. Utérus douloureux, très antéfléchi. Tampon sus-pubien.

30 janvier. — Température : 37°6. P. : 112. Fétidité des lochies nouvel écouvillonnage créosoté, une demi-heure après, frisson avec 40°2; le soir température : 38°8.

Du 31 janvier au 2 février. — Température normale, l'utérus se referme.

Sort convalescente le 8 février.

OBSERVATION XII, n° 73. — I pare. Entrée le 15 janvier. Grossesse de 4 mois 1/2, Fœtus à moitié sorti de la vulve, odeur repoussante. Injection vaginale. Température : 37°6.

16 janvier. — Température : 36°8. Injections vaginales toutes les quatre heures. Quinine. Soir : 39°5. P. : 112.

17 janvier. — Température matin : 37°2. Rétention placen-

taire. Extraction pénible du placenta à la pince. Écouvillonnage créosoté. Injection utérine iodée.

Une heure après le curettage, grand frisson de vingt minutes à 39°8. P. : 120 ; 75 centigrammes de quinine.

Le 18 janvier. — Température normale. Injections utérines iodées. Bâtons d'iodoforme dans l'utérus. Sortie en bon état le 26 janvier 1906.

OBSERVATION XIII, n° 112. — IV pare. Grossesse de 4 mois 1 2. Reçue le 12 janvier, membranes rompues le jour même. Température 37°. Le 24 janvier expulsion du fœtus ; température : 38° depuis deux jours. Extraction du placenta. Pince-mouchette, écouvillonnage. Attouchement iodé préalable. Le lendemain et jours suivants, température normale. Part le 4 février.

OBSERVATION XIV, n° 116. — VIII pare. Avortement de 4 mois 1/2. Entre le 25 janvier. Premier temps fait en ville la veille. Température normale mais fétilité. Le 26 extraction du placenta. Ecouvillonnage. Attouchement iodé préalable.

Le 29. — Température soir : 39, P., 116.

Le 30. — Température matin : 37°7, P., 104. Utérus non douloureux, mou, renfermant quelques débris perçus par le toucher. Curettage avec écouvillonnage. Une heure après ; frisson d'un quart d'heure. Température : 40°2 ; soir, température : 38°3, P., 96.

31 janvier. — Température matin : 37° ; P., 100.

Température soir : 36°8. Injections utérines oxygénées, fétilité légère.

1^{er} février. — Température normale. Sort en bon état le 6 février.

OBSERVATION XV, n° 117. — I pare, avortement de 2 mois amené le 25 janvier. Œuf ouvert. Fétidité. Température normale, hémorragie. Extraction et écouvillonnage. Les jours suivants. Température normale; un peu de paramérite. Part le 4 février, ne souffre plus.

OBSERVATION XVI, n° 171. — VIII pare. Entre le 7 février. Avortement de 4 mois 1 2 par endométrite déciduale. Premier temps fait en ville. Rétention placentaire, femme presque exsangue; 38 au Gowers.

Le 8 février. — Attouchement iodé puis extraction de placenta fétide et écouvillonnage.

Du 8 au 14 février. — Rien.

Le 14 soir. — Température : 39. P. : 112. Utérus mou, non douloureux, facilement perméable. Injection utérine iodée.

15 février. — 38°2. P. : 112. Écouvillonnage. Iodage de la cavité. Soir : 38°4.

16 février. — Température : 38°2. Le soir : 39°8 et utérin refermé. Écouvillonnage et pose d'un drain.

Le 17. — Température matin : 38°5, le soir : 39°4.

Le 18. — Température matin : 37°4, le soir : 37°8. Le drain est enlevé. Température normale. Sort guérie le 27.

OBSERVATION XVII, n° 198. — II pare. Σ et avortement gémellaire de 3 mois. Premier temps fait en ville le 12 février.

Le 13. — 37°7. Fétidité, rétention placentaire. Extraction et écouvillonnage.

Le 17. — Température : 38°2. P. : 116. Utérus non douloureux, antéversé.

L'antéversion corrigée par un tampon, expulsion de caillots. Injection utérine iodée. Le 27 février, sortie. Bon état.

OBSERVATION XVIII, n° 326. — I pare, reçue le 18 mars, avortement de 4 mois. Premier temps fait en ville. Température : 38°3. Le soir même, extraction et écouvillonnage. Le lendemain et jours suivants température normale. Sort le 26 mars.

OBSERVATION XIX, n° 331. — I pare. Reçue le 18 mars. Avortement de 2 mois. Premier temps se fait le jour même; rétention placentaire; le soir 38°7; le lendemain : 38°, fétidité. Extraction et écouvillonnage le 19.

Après l'extraction, frisson d'une durée de vingt minutes avec 39°. Température normale les jours suivants.

Passée en chirurgie le 5 avril pour appendicite.

OBSERVATION XX, n° 496. — IV pare. Arrivée le 20 avril. Avortement de 3 mois. Premier temps fait en ville le 18. Le soir : 38°8, fétidité. Le 21, température : 37°4. Attouchement iodé préalable. Extraction et écouvillonnage. Le soir : 37°8. Pas de frisson.

Le lendemain et jours suivants température normale, fétidité des lochies ; injections utérines-oxygénées. Sort guérie le 29 avril.

OBSERVATION XXI, n° 405. — I pare. Entre le 2 avril. Avortement de 4 mois en phimosis. OEuf descendu dans le segment inférieur. Col de 2 francs. Température : 37° mais fétidité.

Le 3 avril. — Même état. Le 4 avril, dilatation au Bossi. Expression abdominale du fœtus. Extraction du placenta à la pince; écouvillonnage à la lavande.

Quatre heures après, température : $39^{\circ}2$ avec frisson. Attouchement iodé. La température se maintient normale les jours suivants et la malade part le 15 avril.

AVORTEMENTS

EXEMPLES DE CURETTAGE INSTRUMENTAL AVEC LA CURETTE A DENTS DE SCIE SUIVI D'ÉCOUVILLONNAGE.

OBSERVATION I, n° 723. — I pare. Entrée à l'hôpital le 28 mai 1905. Œuf de 3 mois ouvert. Température normale mais odeur fétide. L'expulsion du fœtus et du placenta se fait à la Maternité. Placenta découronné. Injection iodée.

Le 29. — Curettage, extraction des membranes, écouvillonnage. Injection iodée, le soir : 39° .

Les jours suivants la température ne dépasse pas $37^{\circ}6$; le 1^{er} juin : température normale, la malade part le 5.

OBSERVATION II, n° 692. — I pare. Avortement de 2 mois : Premier temps fait en ville le 23 mai. Entre le jour même : température normale mais extrême fétidité. Curettage, écouvillonnage au perhydrol au tiers ne ramène rien. Pas de frisson ; deux heures après $38^{\circ}2$.

Le 24 mai. — Température : 37° ; le soir : $37^{\circ}8$. Fétidité disparue. Injection utérine oxygénée.

Le 25 mai. — 37° - $37^{\circ}4$. Ventre douloureux.

Le 26. — $37^{\circ}4$ - 38° . Pouls : 120. Abdomen météorisé.

le 27. — $37^{\circ}2$, P., 108. Opérée. Péritonite septique. *Morte quatorze heures après.*

OBSERVATION III, n° 955. — I pare. Arrive le 11 juillet. Avortement de 2 mois 1/2 imminent a lieu le 12. Température : 39° .

L'œuf est complet. Cependant curettage et écouvillonnage le 13 ; on ramène des débris placentaires.

Le 14. — Expulsion de quelques débris dans l'injection. Utérus gros. Température soir : 38°4 ; le lendemain et jours suivants température normale. Sort le 22 juillet.

OBSERVATION IV, n° 994. — VI pare. Avortement de 2 mois 1/2 fait en ville vers le 16 juillet (?).

Reçue le 18. Température : 38°9. P : 130. Vagin rempli de caillots anciens ; col très ouvert ; utérus paraissant renfermer quelques débris.

Le 19. — Intervention. Accouchement iodé. Curettage et écouvillonnage. Extraction de débris. Iodage de la cavité.

Le 20. — N'a pas eu de frisson de réinfection. Température normale jusqu'au 24. *Le 25*, température matin : 37°3 ; température soir : 38°7. Utérus dur, perméable, douloureux. Injection utérine iodée. *Le 26*, température normale. *Le 27* soir, température : 38°1. Injection utérine iodée.

Le 28 juillet. — Matin : 37° soir, 38°2 ; entièrement fermé, dur, douloureux. Dilatation aux bougies d'Hégar. Ecouvillonnage créosoté.

Le 29 et le 30 juillet. — La température oscille autour de 38.

Le 31 juillet. — Elle est normale ; on continue des injections vaginales oxygénées.

Sortie guérie le 8 août.

OBSERVATION V, n° 146. — II pare. Reçue le 29 janvier. Avortement de 3 mois fait en ville. Date (?) Lochies extrêmement fétides. Utérus petit, douloureux, pas de température.

Le 29. — Dilatation aux bougies d'Hégar. Attouchement

iodé. Deux heures après, curettage, écouvillonnage, ramène quelques débris très fétides. Pas de frisson : le soir : 36°, P. : 120, Glace sur le ventre.

Le 30 janvier. — Température : 37°6, soir : 37°. Uterus refermé. Les jours suivants, température normale. Part le 9 février ; *guérie.*

Infection traitée par le simple écouvillonnage.

OBSERVATION I, n° 612. — VI pare. Avortement de 5 mois 1/2. Entre le 6 mai. Œuf intact. L'avortement a lieu suivi, d'une hémorragie de 350 grammes ; puis la délivrance presque complète naturelle ; il manque un peu de caduque. Température normale les 6, 7, 8 ; le 9 au matin : 38°1.

Attouchement iodé. Deux heures après, écouvillonnage à la glycérine créosotée. Le 9 mai au soir, pas de fusion de réinfection mais température : 39°. Normale le 10 mai et jours suivants. Sort le 16 mai.

OBSERVATION II, n° 989. — V pare. Entre le 19 juillet. Menaces d'avortement de 5 mois, avorte le 19. Retention de membranes. Injection utérine iodée.

Attouchement iodé. Deux heures après écouvillonnage, iodage de la cavité. Expulsion de débris de membranes. Pas de frisson.

Le 22 juillet. — La température au matin est de 37°7.

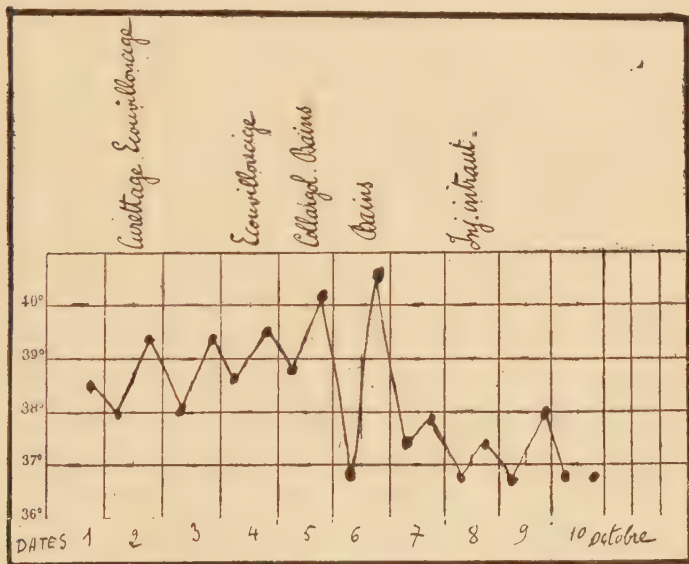
Le soir sans fusion. Température : 38°2.

Normale les jours suivants. Part le 30 juillet.

Observation montrant les diverses étapes du traitement local, son insuffisance, efficacité du traitement général.

C., Rose, 39 ans, couturière, IV pare, reçue le 1^{er} octobre à 2 h. 1/2 soir.

Avortement de 3 mois environ (de cause ?) Expulsion spontanée du fœtus le 1^{er} octobre à 10 heures du matin suivie d'une forte hémorragie. Un médecin essaie, mais en vain, de faire la délivrance, il envoie la malade à l'hôpital.



A l'arrivée: 38°7. P. : 132. Mauvais état général, muqueuses décolorées. Ventre douloureux, glace, sérum, caféine, quinine, 1 gramme.

Le 2 octobre. — 5 heures du matin : expulsion spontanée de toutes les membranes adhérentes à une portion de placenta.

Injection utérine iodée. Température matin : 38°. P. : 120. Soir 39°6. P. : 152.

Veine de glace en permanence. Purgation. Curettage et écouvillonnage à la glycérine créosotée. N'a ramené que peu de débris non fétides. Injection intra-utérine iodée.

Le soir à 11 h. 1/2, six heures après le curettage, a eu une fusion avec 39°7. Vomissements alimentaires, 75 centigrammes de quinine. Todd. Thé au rhum.

3 octobre. — Matin : 38°1. P. : 124. Soir : 39°5. P. : 108. Utérus petit et douloureux. Intra-utérisme iodée. Glace sur le ventre. Café. Thé au rhum. Viande crue.

4 octobre. — Matin : 38°9. P. : 100 ; soir : 39°7.

Injection utérine iodée. Utérus moins douloureux, pas de fétidité.

Céphalée disparue ; écouvillonnage à la glycérine créosotée ne ramène rien. Crayon d'iodoforme intra-utérin.

5 octobre. — Matin : 39°. Soir : 40°2. P. : 148. Purgation. Injection intra-utérine iodée. Bâton d'iodoforme intra-utérin matin et soir.

Midi. — Injection intraveineuse de collargol (10 cm³ à 1 0)0.

Une heure après : frisson d'une durée de vingt minutes avec une température de 40°9. P. : 168. La température prise régulièrement toutes les deux heures aujourd'hui oscille entre 38°5 et 40°2. Le pouls entre 120 et 152.

4 heures soir. — Le malade ayant 40°2, P. : 148, un bain refroidi 33-27 d'une durée d'un quart d'heure est donné. Thé au rhum chaud. Linges chauds. La malade se sent bien.

Température après le bain : 39°. P. : 132.

11 h 1 2 soir. — La température est de 38°5. Le bain n'est pas donné.

6 octobre. — Temp. matin : 36°8. P. : 116. Soir : 40°3. P. : 120.

Injection intra-utérine oxygénée. Bâton d'iodoforme *in utero*, matin et soir. Suralimentation, 1 gramme de calomel amenant huit selles fétides. Injection de 75 centigrammes de bichlorhydrate de quinine.

A 4 heures, un bain refroidi de 33 à 27. Température avant : 40°3. P. : 140 ; après : 38°2. P. : 132.

Linges chauds. Thé au rhum.

7 octobre 1905. — Température matin : 37°3. P. : 110 ; soir : 33°7. P. : 128. Injection utérine oxygénée. Bâton d'iodoforme intra-utérin matin et soir. Suralimentation.

Injection de 75 centigrammes de bichlorhydrate de quinine. Calomel, 25 centigrammes.

8 octobre. — Température matin : 36°8. P. : 112 ; soir : 37°2. P. : 124. Même traitement local et général.

9 octobre. — Température matin : 36°8. P. : 112 ; soir : 38°. P. : 120. Même traitement, 25 centigrammes de calomel.

10 octobre. — Température matin : 36°9. P. : 104 ; soir : 36°9. P. : 116. Même traitement Calomel 25 centigrammes. Injections de bichlorhydrate.

11 octobre. — Température matin : 36°8. P. : 96 ; soir : 38°6. P. : 130 ; 75 centigrammes de bichlorhydrate de quinine.

12 octobre. — Température matin : 37°. P. : 112 ; soir : 36°8. P. : 112. Injection utérine oxygénée. L'utérus est petit, col fermé, laissant pénétrer difficilement la canule.

A partir du 13 octobre. — La température est normale, le pouls reste entre 100 et 120. L'état général s'améliore ; le traitement local se borne à des injections vaginales ; suralimentation.

La malade part sur sa demande, guérie, mais un peu trop tôt, le 22 octobre 1905.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement topique convient surtout aux infections puerpérales localisées.

II. — Dans ces formes :

a) Les plaies vaginales et utérines, normales ou accidentelles constituent les voies habituelles de l'infection; cette dernière est singulièrement facilitée par la présence de débris *in utero*.

b). — D'après les examens histologiques, il existe un premier stade de localisation des germes à l'endomètre; puis une généralisation par effraction des barrières feucocytaires. Ces foyers microbiens, cantonnés dans l'utérus, déversent leurs toxines dans l'économie; la thérapeutique locale est ici primordiale et essentielle puisqu'elle agit contre les agents infectieux et par suite contre la toxhémie qu'ils produisent.

c). — En clinique, les symptômes fonctionnels ne sont pas la traduction fidèle des désordres utérins: parmi ces signes physiques, le plus important est la modification de l'utérus qui permet le toucher intra

corporéal. Ce dernier doit être pratiqué systématiquement et dans tous les cas, même avec anesthésie.

II. — Dans les formes généralisées ou septicémiques, le traitement utérin est accessoire mais non négligeable ; car l'utérus a été et reste encore la porte d'ino-culation ; il est donc tout indiqué de le mettre en état de défense.

III. — La thérapeutique locale poursuit un triple but :

a). — *Faire disparaître du canal génital les matières septiques.* — Effet mécanique assuré par l'injection utérine ; par l'écouvillonnage, par le curage digital ou instrumental ; tous deux ont leurs inconvénients et leurs avantages ; si le premier est supérieur dans l'extraction des débris, le deuxième l'emporte dans le « raclage » de l'utérus et dans l'évacuation des foyers miliaires d'infection.

b). — *S'opposer à leur repullulation.* — Par les injections intra-utérines répétées ; par le drainage. Indispensable dans les anomalies de position de l'utérus ; il est surtout indiqué dans les infections très septiques et dans les utérus qui ont tendance à se refermer trop vite.

c). — *Exalter les propriétés des cellules de l'économie.* — Les agents de défense locale, étant surtout les leucocytes, le meilleur topique sera inoffensif pour les cellules vivantes, très diffusible et doué d'une chimio-taxie positive. L'iode pour les liquides, le perborate de Na pour les solides comptent parmi les meilleurs des agents chimiques ; nous leur donnons la préférence.

Le sérum de Raymond Petit est un excellent topique biologique.

Il est indiqué, avant l'évacuation des produits septiques hors des voies génitales, d'augmenter toutes les résistances locales et de diminuer la virulence microbienne; c'est le rôle joué par les divers pansements utérins (pansement et attouchement iodés, pansement au sérum) et prouvé par la suppression du frisson de réinfection.

IV. — Dans l'avortement où toutes les causes d'infection sont réalisées au maximum, le traitement doit être particulièrement énergique. Certains cas exigent la laparotomie ; pour les autres, l'état général de la malade, les commémoratifs et surtout l'exploration de la cavité utérine doivent guider la conduite à tenir.

Vu : le Président de la thèse,

LE DENTU

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Traité classiques : TARNIER ET BUDIN. BUDIN ET DEMELIN. RIBEMONT. Précis de DUBRISAY ET JEANNIN.

Topiques utérins.

1. PINARD ET WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale, Paris, 1896.
2. TARNIER. — Les antiseptiques en obstétrique.
3. LORTAT-JACOB. — *Thèse Paris*, 1903. L'iode et les moyens de défense de l'organisme.
4. CABANÈS. — *Bulletin médical de l'Algérie*, 1904. Du pansement iodo-ioduré répété dans les infections puerpérales.
5. DELBET. — *Comptes rendus de la Société de Biologie* 1904. Infection puerpérale guérie par le sérum de Raymond Petit.
6. TOURNEUR. — L'iode dans l'infection puerpérale. *Semaine gynécologique*, 1904.
7. JAUBERT. — L'eau oxygénée. *Revue générale de chimie pure et appliquée*, 1905.
8. POUCHET. — L'iode et iodiques. Paris, 1905.
9. RÉNON. — *Thèse Paris*, 1905 : L'emploi du perborate de soude en chirurgie.

10. PETIT, BARLERIN ET DEMELIN. — *Société d'obstétrique de Paris*, 1906.

Injections intra-utérines et irrigation continue.

11. VARNIER. — De l'irrigation continue : *Revue d'obstétrique et de Pédiatrie*, 1894.
12. VANVERTS. — *Nord Médical*, 1904. Importance du pincement du col dans l'injection intra-utérine.
13. ZWEIFEL. — *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1904. Danger des injections intra-utérines.

Écouvillonnage.

14. DOLÉRIS. — Métrites et fausses métrites.
15. HERBINET ET FAIX. — *Journal de médecine de Paris*, 1906.

Drainage.

16. MOUCHOTTE. — *Tribune médicale*, 1903. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1904.
17. FONTEILLES. — *Thèse Paris*, 1904. Du drainage de l'utérus dans les métrites aiguës puerpérales *post abortum*.

Frisson de réinfection.

18. AUMONT. — *Thèse Paris*, 1904. De l'iode comme topique utérin dans les infections puerpérales.

Curage et curettage « post partum ».

19. MARMASSE. — *Thèse Paris*, 1895. Du curettage dans les accidents des suites de couches.
20. BONNETBLANC. — *Thèse Paris*, 1896. Indications du curettage.
21. RIOU. — *Thèse Paris*, 1902. Les divers traitements de l'infection puerpérale et le curettage digital.

22. FORTIN. — *Thèse Paris*, 1904. Indications du curettage en obstétrique et gynécologie.
23. DE BURNAN. — Curettage et infection puerpérale. *Revue médicale de la Suisse Romande*, octobre 1905.
24. PINARD. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1905.
— *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1905.
Des interventions intra-utérines dans les suites de couches.
25. *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, 1905.
26. *Société d'obstétrique de Paris*, 1906.

Paralysie de l'utérus pendant le curettage.

27. VAN TUSSENBROECK. — *Centralblatt für gynakologie*, 1906,
Archiv. f. gynekologie, Bd. XXI.

Avortement.

28. GROSJEAN. — Traitement des rétentions placentaires consécutives à l'avortement par le tamponnement intra-utérin. Paris, 1900. (Cf. la bibliographie des travaux antérieurs.)
29. DELESTRE. — De l'avortement, Paris, 1904.
30. *Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie* 1906.
31. GOILOT. — *Thèse Paris*, 1906. De l'insécurité du curettage instrumental dans la rétention placentaire.

L'infection puerpérale en général.

32. JOST. — Thérapeutique de l'infection puerpérale. *Thèse Greifswald*, 1903.
33. OPIZ. — Traitement de l'infection puerpérale *Deutsche med. Wochenschrift*, 1904.
34. QUEISNER. — Etiologie et traitement de la fièvre puerpérale. *Monatschrift f. geburtsh. und gynakologie*, 1904.

35. JEANNIN. — Traitement de l'infection puerpérale. *Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques*, 1905.
36. ROSTHORN. — Traitement de l'infection puerpérale. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1905.
37. DOLÉRIS. — Traitement de l'infection puerpérale *Gynecologie*, 1906.